

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS-ESF Sagrada Família,
Município Sagrada Família, RS**

JOSÉ ANTÔNIO JUI MARTÍNEZ

Pelotas, 2016

JOSÉ ANTÔNIO JUI MARTÍNEZ

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS-ESF Sagrada Família,
Município Sagrada Família, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: ERNANDE VALENTIN DO PRADO

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M385m Martinez, Jose Antônio Jui

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS-ESF
Sagrada Família, Município Sagrada Família, RS / Jose
Antônio Jui Martinez ; Ernande Valentin do Prado,
orientador. — Pelotas, 2016.

101 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Saúde do idoso. 4. Assistência domiciliar. 5. Saúde bucal.
I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedicatória

A todos os idosos “lembre-se que se algum dia você precisar de ajuda, você encontrará uma mão no final de seu braço. À medida que você envelhecer, você descobrirá que tem duas mãos, uma para ajudar a si mesmo, e outra para ajudar aos outros” (Andrey Hepburn).

Agradecimentos

À Deus pelo dom da vida.

À minha mãe, pelos valores que em ensinou.

À minha filha e neta, que são o incentivo para crescer sempre.

Às minhas companheiras do trabalho Enfermeira Adriana Ferreira da Conceição e Dentista Paula Fenner que sempre me apoiaram, me incentivaram e acreditaram em mim, desde a inscrição ao curso até elaboração final do trabalho.

À minha companheira Doutora Edelvis Aguilar, pelo apoio e incentivo nos momentos difíceis, de desânimo e cansaço durante o curso. Obrigado do fundo do coração.

Aos meus orientadores, professora Lenise Menezes Seerig, pela compreensão, paciência e ensinamentos durante o curso, ao professor Ernande Valentin do Prado, um apoiador constante e incansável ao final da intervenção.

Aos amigos, que de uma forma ou de outra, manifestaram seu apoio ao meu estudo, Doutor Elieser. Muito obrigado

A toda equipe da UBS /ESF Sagrada Família, pelo apoio e compressão nos momentos que iniciei meu trabalho na unidade, especialmente a técnica de enfermagem Keli Vanessa, pelo apoio incondicional e dedicação.

À todos os idosos que participaram da intervenção, pela paciência, compreensão e disponibilidade de seu tempo a nos atender, e que sempre me receberam cordialmente, sem essa colaboração, este trabalho não teria acontecido.

À Todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha especialização em saúde da família, o meu muito obrigado.

Resumo

JUI MARTINEZ, JOSÉ ANTÔNIO. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Sagrada Família, Município Sagrada Família, RS RS. 2016. 101f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. Esta é uma realidade não apenas nos países desenvolvidos, do ponto de vista econômico, mas nos subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil. A população idosa aumenta com uma velocidade acima das outras faixas etárias. As necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. Portanto, diante da relevância do tema e a baixa cobertura de atenção aos idosos no nosso município, decidimos fazer uma intervenção baseada na melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, pois somente 107 usuários possuíam um acompanhamento no programa de Saúde da Pessoa Idosa, o que representava 29%, e só 26,4% da população idosa tinha orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular, e 12,8 % estavam com avaliação da saúde bucal em dia. O presente trabalho teve como objetivo geral a melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Sagrada Família, município de Sagrada Família, Rio Grande do Sul. A intervenção foi realizada durante 12 semanas no período de Outubro a Dezembro de 2015, usando-se os quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Todos os dados foram registrados e monitorados na ficha-espelho para cada usuário e os coletados através de uma planilha fornecida pela Universidade. A intervenção proporcionou a avaliação de 201 usuários idosos que representa 49,6% de cobertura. Todos os idosos tiveram avaliação multidimensional rápida e exame clínico apropriado em dia, assim como solicitação de exames complementares periódicos. Foram rastreados 100% dos idosos para HAS e DM. 73,1% dos usuários estão com prescrição de medicamentos pela Farmácia Popular. Os 53 idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam visita domiciliar. Quanto à necessidade de atendimento odontológico e primeira consulta, 95% dos usuários foram avaliados pela dentista. Foram detectadas 39 pessoas com alterações da mucosa bucal e 54,2% tiveram necessidade de prótese dentária durante a intervenção. Todos os usuários estão com registro na ficha-espelho e foram atendidos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A avaliação para fragilização na velhice e rede social encontra-se em 100%. Os usuários receberam 100% de orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividades físicas e sobre higiene bucal. Os resultados encontrados mostram a importância que teve a intervenção para a comunidade, serviço e equipe de saúde, o qual permitiu qualificar as ações em saúde melhorando o acolhimento e sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia aérea da cidade de Sagrada Família- RS. Fonte: Google	12
Figura 2	Fotografia UBS/ESF, Sagrada Família- RS	13
Figura 3	Fotografia Ponto de coletas de material para exames	13
Figura 4	Fotografia academia de saúde do município	69
Figura 5	Fotografia Avaliação odontológica junto à academia da saúde	70
Figura 6	Fotografia Reunião de equipe.	70
Figura 7	Fotografia Palestra Novembro Azul	71
Figura 8	Gráfico da cobertura do programa de atenção do idoso na UBS/ESF	74
Figura 9	Gráfico com a proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares	76
Figura 10	Gráfico com a proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular	77
Figura 11	Fotos de visitas domiciliares para pessoas com problema de locomoção	78
Figura 12	Gráfico da proporção de pessoas idosas com necessidade de atendimento odontológico na ESF	79
Figura 13	Gráfico da proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na ESF	79
Figura 14	Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações da mucosa oral na ESF	80
Figura 15	Gráfico de proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária na ESF	81
Figura 16	Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na ESF	82
Figura 17	Gráfico da cobertura do programa de atenção do idoso na UBS/ESF	87

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária em Saúde
CACON-	Centro de Atendimento Oncológico
CAP-	Caderno de Ações Programáticas
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
DM-	Diabetes mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA-	Hipertensão e diabetes
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS -	Ministério da Saúde
NAAB-	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAS	Antígeno prostático específico
PCD-	Planilha de coleta de dados
PMMB-	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNSPI-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SIA-	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB-	Sistema de informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFPeI-	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS-	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	59
2.3.3 Logística	64
2.3.4 Cronograma	68
3 Relatório da Intervenção	69
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	73
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	74
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	74
4 Avaliação da intervenção	75
4.1 Resultados.....	75
4.2 Discussão	86
5 Relatório da intervenção para gestores.....	88
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	91
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	93
Referências	95
Anexos	96
Anexo A - Documento do comitê de ética	97
Anexo B - Planilha de coleta de dados.....	98
Anexo C - Ficha espelho	99
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	100

Apresentação

O presente trabalho foi desenvolvido a partir duma análise situacional e estratégica da unidade de saúde do município de Sagrada Família /RS, no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e teve como objetivo geral a Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS-ESF Sagrada Família, Município Sagrada Família, RS.

O volume está organizado em sete capítulos.

O capítulo um Análise Situacional, é composto pelo texto inicial, a análise situacional, e o texto comparativo.

O capítulo dois, Análise Estratégica, é composto pela Justificativa, os objetivos e metas, a metodologia, o detalhamento das ações, os indicadores, a logística e o cronograma.

O capítulo três, Relatório da Intervenção, descreve ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço,

O capítulo quatro, Avaliação da Intervenção, inclui os resultados e a discussão dos resultados obtidos.

O capítulo cinco, Relatório da intervenção para gestores.

O capítulo seis, Relatório da intervenção para a comunidade.

O capítulo sete, Reflexão crítica é onde faço minhas considerações finais sobre a experiência do curso.

Em seguida são as referências, o apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho no município de Sagrada Família, do estado Rio Grande do Sul, o qual possui uma população de 2595 habitantes, que são atendidos em uma UBS com ESF. Há disponibilidade de NASF composto por uma fisioterapeuta, uma Psicóloga, e uma assistente social e também de equipe de NAAB (Núcleo de apoio à atenção Básica) composto por uma Psicóloga, uma educadora física, uma assistente social e uma técnica de enfermagem. Não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nem atenção especializada ou serviço Hospitalar no Município, em caso de necessidade ou urgência, os usuários são transferidos para o Hospital em Palmeiras das Missões, localizado a 50 km de distância.

Contamos com um laboratório clínico, onde é realizada a coleta de materiais três vezes por semana e levados para Município de Sarandi onde são realizadas as análises. A atenção especializada e a realização de exames, diagnósticos são realizadas em outros Municípios (Palmeiras das Missões, Passo Fundo, Frederico) por meio de consorcio, convênios e / ou Sistema de regulação.

A UBS está localizada em área urbana, no entanto atende toda população do Município: Urbana 786 pessoas rural 1809 habitantes. A equipe da UBS está composta por dois Médicos clínico geral, dois Odontólogos, três enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem (vacinadora), um auxiliar de consultório dentário, um atendente de farmácia, um vigilante sanitário,

uma recepcionista, dois auxiliares administrativas, três auxiliares de limpeza, seis motoristas e um secretário de saúde. Também constamos com seis ACS.

Quanto à estrutura física a UBS hoje está disposta em dois prédios separados, o qual passa por reforma para haver a ligação entre eles, o que irá melhorar o processo de trabalho quanto a fluxo dos usuários e dos profissionais.

Não tem uma recepção, tem uma sala de espera para acolhimento das pessoas pequena com pouca capacidade, onde os usuários esperam a consulta médica ou de enfermagem. Falta espaço físico para manter uma sala para esterilização, sala para nebulização, sala para procedimentos limpo e contaminados separadamente, almoxarifado, sanitários ao público e aos funcionários femininos e masculinos, sanitários para deficientes, consultório de enfermagem com banheiro. Precisa também a acessibilidade para portadoras de deficiências como, por exemplo: sinalizadores para deficientes visuais, corrimão nos corredores e rampas de entradas.

Estou inserido no processo de trabalho, realizando pela parte de manhã atendimento clínicos de segunda a quinta-feira com prévio agendamento de consultas médicas. Durante o período na tarde, são feitas as visitas domiciliares com uma equipe de ESF composta por médico clínico geral (Programa Mais Médicos), uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, também nos acompanha um agente comunitário de saúde (ACS). Nas sextas-feiras de manhã faço as atividades de especialização e na tarde é realizada a reunião de equipe de saúde para análise dos problemas e estratégias para suas resoluções.

Em nossa UBS também realizamos atividades de Educação em Saúde com grupos de gestantes, puericultura, idosos e HIPERDIA (hipertensão arterial e diabetes) com a participação da equipe multidisciplinar para avaliação e orientação aos usuários de sua doença. Ainda estamos trabalhando para criar grupos com usuários de saúde mental e tabagismo. Realizamos atividades físicas com um educador.

Em relação à atenção à demanda espontânea e, em especial, as urgências e emergências a UBS estão aberta 24 horas e preparada para as eventualidades de emergências, possui quatro técnicos de enfermagem capacitados que trabalham com essa demanda (dois trabalham turno diurno e dois à noite). É feita uma avaliação e, se necessário, o usuário é encaminhado a um pronto-atendimento ou Hospital (Palmeiras das Missões).

Durante este tempo de trabalho nesta UBS vejo que ainda falta muitas coisas para melhor ou sistema de trabalho, devemos trabalhar em equipe todos os trabalhadores onde as pessoas seja motivo fundamental de trabalho. É muito importante fazer as mudanças necessárias para melhorar o acolhimento e atendimentos das pessoas. Continuar o trabalho com os grupos, fazer mais visitas domiciliares, o planejamento de atividades de educação em saúde para toda nossa população.

O trabalho dos ACS é de suma importância, através dele conhecemos o modo de vida e a realidade de cada família no meio em que vivem. Em minha opinião se os ACS pudessem ser capacitados para aferirem a pressão arterial durante suas visitas poderíamos triar e diagnosticar precocemente mais hipertensos, procedimento básico e fácil de apreender.

É importante incrementar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde com nossa população nas visitas domiciliares sendo que as mesmas em algumas ocasiões não cumprem objetivo, somente se faz tratamento médico e verificação de medicamentos.

Observei que muitos colegas de trabalho não tem conhecimento de atenção primária em saúde (APS), prevenção de doenças e da promoção da saúde. Por isso é necessário a educação permanente para equipe. Acredito que com muito esforço, engajamento será possível desenvolver as ações para melhorar na saúde da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Sagrada Família, localizado no estado do Rio Grande do Sul, na região do Médio Alto Uruguai, com uma área de 78,254 km², e a 371 km de distância da capital do estado. Limitando-se ao norte com Cerro Grande, ao sul com São Pedro das Missões e São José das Missões, ao leste com Novo Xingu e ao oeste com Lajeado do Bugre. Desmembrou-se de Palmeira das Missões no dia 20 de março de 1992, por isso ainda tem Palmeira das Missões como um município de referência mais próximo, o qual está localizado a uma distância de 50km. Segundo dados do IBGE - Censo 2010, a população é 2.595 habitantes,

deles 1810 residem na zona rural e 785 na zona urbana. A população é predominantemente jovem composta pela sua maioria por adolescentes e adultos com menos de 60 anos de idade. Os idosos equivalem a 15,6% da população total. As origens étnicas baseiam-se principalmente no alemão, caboclo e italiano. Desta forma os costumes, as tradições e religiões estão muito ligados a estas origens. A fonte principal de renda do município é a agricultura e agropecuária. Os alimentos mais produzidos são arroz, feijão, milho, soja e trigo. Na agricultura familiar também são produzidos batata doce e inglesa, cana-de-açúcar, cebola, alho, mandioca e as frutas mais frequentes são laranja, uva, pêssego, tangerina, melancia.



Figura 1: Foto aérea da cidade de Sagrada Família- RS. Fonte: Google

Em relação ao Sistema de Saúde, a população é atendida em uma única UBS com Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal modalidade I, com apoio do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF). A UBS-ESF Sagrada Família, está localizada na área urbana, na Rua 20 de Março, no centro do município, no entanto atende toda população do município.



Figura 2: UBS/ESF, Sagrada Família-RS

A rede municipal não dispõe de serviço de atenção especializada, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou serviço Hospitalar no Município. Para os exames laboratoriais, conta com um local a 800 metros da UBS, que funciona como um ponto de coleta de material para exames três vezes por semana, por agendamentos e são levados para Município de Sarandi, que se encontra a 50 km de distância, onde são feitas as análises. Existe a dificuldade que o número de exames solicitados é maior que a oferta de cotas pelo SUS, isto acarreta no pagamento de alguns exames pelos usuários. O gestor da Saúde e Prefeito do Município em várias ocasiões, reuniões de equipe e com líderes nas comunidades foram questionados e cobrados para resolver a situação, até então nada foi resolvido.



Figura 3: Ponto de coletas de material para exames

Temos um total de 58 trabalhadores na UBS. A equipe de ESF está composta por um médico geral, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um

odontólogo e um auxiliar de consultório dentário, os quais e trabalham em conjunto com seis agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, contamos com os seguintes profissionais na UBS: uma médica clínica geral, um odontólogos, uma farmacêutica e uma atendente de farmácia, duas enfermeiras, um educador físico, um auxiliar em saúde bucal, quatro técnicas de enfermagem, uma vacinadora, um atendente de enfermagem que trabalha na recepção para os acolhimentos e um vigilante sanitário. Ainda temos seis motoristas, que não são membros da ESF, mas fazem parte de nossa equipe de trabalho.

Quanto à estrutura física a UBS hoje está disposta em prédios, os quais receberão adaptação que interligará os dois prédios, melhorando o processo de trabalho quanto a fluxo dos usuários e dos profissionais. Não dispomos de recepção adequada, a sala de espera para acolhimento dos usuários é pequena, com pouca capacidade para que os mesmos esperem sua consulta médica e de enfermagem, em algumas ocasiões os usuários ficam em pé. Nesta não possui sinalização visual, nem comunicação dos ambientes, como de figuras, braile e de comunicação de recursos auditivos. Possui uma sala de esterilização com pouco espaço físico impossibilitando a entrada de mais de uma pessoa, tendo assim a equipe que realizar a confecção de pacotes de curativos fora da sala de esterilização. Não temos uma sala para nebulização, este procedimento é realizado no corredor expondo os usuários a ambientes não adequados, onde ficam dividindo o mesmo espaço com muitas outras pessoas, por exemplo: no mesmo corredor que do acesso à sala de vacinas, consultório de enfermagem e sala de observação. Não temos sala separada para procedimentos limpos e contaminados. Os lixos contaminados ficam em um depósito fora da UBS, eles são recolhidos quinzenalmente por uma empresa especializada que vem de Seberi-RS, aproximadamente 60 km de distância. Não há sala para coleta de exames na unidade de saúde. A sala de curativo é pequena e não possui torneira com fechamento que dispense o uso das mãos. Não tem almoxarifado, sendo que os documentos mais antigos são depositados em um depósito na prefeitura. Com relação às barreiras arquitetônicas, na unidade não tem escadas, só tem duas rampas na entrada de ambos os prédios. Não tem corrimão nos corredores, nem nos banheiros, dificultando o acesso de deficientes. O consultório que utilizo é o único que possui sanitário, os demais colegas de trabalho utilizam outros dois banheiros que são destinados aos funcionários. O usuário tem três banheiros

disponíveis, nenhum para deficientes. A unidade tem um subsolo, é onde está a sala de fisioterapia, para acessá-la os usuários enfrentam dificuldade, pois tem uma rampa sem corrimão. Este problema foi analisado com gestor e prefeito, onde foi solicitada a adaptação. Neste local também está à parte administrativa onde são agendadas as consultas para especialistas fora do Município. Ali também, são realizadas as reuniões de equipe todas sextas feiras na parte da tarde, já que a UBS não tem uma sala de reuniões. Com relação aos equipamentos existentes na UBS, tem-se um aparelho de eletrocardiograma novo não instalado, mas não há nenhum membro da equipe capacitado para realizar o exame com esse aparelho. A falta desse exame na unidade prejudica a avaliação e intervenção nas doenças cardiovasculares, também de usuários com dor no peito. Isso dificulta bastante o trabalho, pois todos os usuários com suspeita de problemas cardiológicos são mandados ao Hospital de Palmeira das Missões (50 km de distância) onde realizam o exame. Para resolução, foi entrado em contato com técnicos deste aparelho, os quais virão à unidade para capacitar a equipe.

Com relação aos agentes comunitários de saúde (ACS) o maior problema está ligado à falta de meio de transporte, o que dificulta e torna maçante o trabalho dos mesmos. Isso se justifica por termos um município basicamente rural com território demasiadamente grande, tendo as residências principalmente do interior muito distante uma da outra. Esta peculiaridade foi discutida juntamente com os gestores (secretário de saúde e prefeito municipal) e equipe de saúde, os quais juntamente decidiram permitir aos ACS o transporte nos ônibus escolares, enquanto amadurece a possibilidade de compra de bicicletas para facilitar o trabalho dos agentes.

Outro ponto deficiente é a calibragem e manutenção dos esfigmomanômetros, a qual é feita em outro município (Passo Fundo), por uma empresa prestadora de serviços. Isso faz com que a calibragem e manutenção aconteçam somente a cada seis meses. Esta deficiência pode contribuir para falso diagnóstico de fator de risco para hipertensão arterial. Levando em conta este fator discutiu-se juntamente com a equipe e com gestor, no entanto não há possibilidade de termos tal equipamento. Para resolver tal situação entrou-se em contato com a empresa e acordou-se que a manutenção e calibragem vão acontecer uma vez ao mês.

No município existe um conselho municipal de saúde não muito atuante, pois segundo alguns representantes faltam capacitações para os conselheiros, os quais não tem total conhecimento do seu poder e responsabilidade na gestão da saúde. Existem poucos movimentos sociais. Apenas uma associação de moradores que representa um povoado do município que se apresenta atuante, participante das decisões referentes sua região. Os demais da população preferem continuar em sua zona de conforto e aguardar a decisão e iniciativa do poder público.

Com relação à demanda espontânea os usuários são ouvidos e tenta-se atendê-los sempre como preconiza Ministério da saúde. Quando o usuário chega à UBS ele é recebido por uma atendente capacitada para recepcionar os usuários e uma técnica de enfermagem, as quais fazem a ficha no e-sus e verificam sinais vitais. Posteriormente, o usuário é encaminhado para a triagem, que é feita por uma enfermeira. Os casos mais urgentes são direcionados para a sala de emergência e priorizados o atendimento do mesmo pelo médico. O horário de atendimento da UBS é das oito horas ao meio dia e das treze e trinta às dezessete e trinta horas. Faz-se atendimento com prévio agendamento e livre demanda, suprimindo totalmente as necessidades da população associadas ao atendimento de atenção primária de saúde (APS). Também se realizam atividades de Educação em Saúde com grupos no Município: gestantes, puericultura, idosos e HIPERDIA (com hipertensão e diabetes) com a participação da equipe multidisciplinar para avaliação e orientação aos usuários sobre sua doença e, apesar de não ter um nutricionista em nossa UBS temos a colaboração da nutricionista que pertence à secretaria da educação para transmitir orientações sobre hábitos alimentares, qualidade de vida.

Existe uma grande resistência dos ACS em trabalhar com grupos em sua micro áreas se não tiver um profissional da UBS/ESF junto. Os ACS são o principal agente para o chamamento público em sua comunidade, principalmente nas áreas rurais onde a população é menos instruída e informada. Capacitações estão sendo feitas com as ACS para reforçar seu papel nas comunidades. Ainda necessita-se incorporar atividades educativas com grupos nas comunidades para futuramente incentivar a formação de associações de moradores nas regiões que ainda não tem.

No momento ainda não há nem manequins, nem macro modelos para atividade educativas grupais, exceto os odontológicos. Estes materiais são de grande valia para o melhoramento do trabalho de educação em saúde juntamente com os grupos, pois facilitam o entendimento dos usuários perante os assuntos tratados, principalmente quando se fala sobre assuntos relacionados ao cuidado com o corpo. Para resolução deste problema, foi solicitado ao gestor a compra deste equipamento.

Em relação ao trabalho de saúde da criança. Segundo do CAP, tem 25 crianças menores de um ano, a cobertura é 81 %. Crianças entre zero e 72 meses são 85 e a cobertura é 35,2%. Na UBS realizam-se consultas de puericultura uma vez por semana, todas as quartas de manhã, onde são avaliadas periodicamente as crianças de zero a cinco anos de idade, segundo protocolos do Ministério da Saúde. É oferecido orientações sobre aleitamento materno e alimentação, além de agendamento da próxima consulta, revisão e orientação sobre as vacinas e atividades em grupo. Uma vez que acontece nascimento realiza-se uma visita com ESF para busca ativa dos recém-nascidos e orientações sobre os cuidados ao bebê, inclusive odontológica, também é agendada a consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida.

Ainda tem-se dificuldade com avaliação de saúde bucal e assistência a consultas médica nos indicadores da qualidade da Puericultura. Isto foi analisado em reunião de equipe junto com gestor. Decidimos incorporar os ACS em conjunto com ESF para a recuperação da puericultura dos faltosos é incluir a avaliação bucal na puericultura tão logo seja incorporado um dentista 40h a ESF.

A atenção ao pré-natal e puerpério – Segundo o CAP, temos 16 gestantes em nossa área e conseguimos atender 100%. Já puérpera tem 25 e atendidas, até 42 dias pós-parto, são %. Em nosso município é realizada todas as segundas e quartas feiras, no período da manhã pela enfermeira de ESF, com agendamento prévio. Quando necessário também tem atendimento preferencial usuário em consultas de demanda livre. São realizadas consultas de acompanhamento das gestantes para avaliação segundo protocolo do Ministério da Saúde. Também são feitas atividades com os grupos e orientações para obter recém-nascidos saudáveis. Todas recebem educação em saúde e suas consultas são agendadas segundo o protocolo, recebem orientações sobre alimentação saudável, vacinas, exames e avaliação nutricional. Tem-se atualmente um total de 16 gestantes

acompanhadas no município, totalizando 100% de cobertura pré-natal. Considerando que os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal na UBS estão bons, aplicam-se os protocolos do Ministério, além de atender a baixo risco também recebem intervenção quando apresentam risco ou intercorrências, fazem-se visitas, atividades em grupo e busca ativa de faltosas. Tem-se também uma equipe de apoio multiprofissional para que a gestante seja atendida de forma integral e captado o mais precocemente. A maioria dos pré-natais hoje são iniciados no primeiro trimestre de gestação. Conta-se com um especialista em Obstetrícia e Ginecologia que realiza as consultas todas as sextas-feiras de manhã, para avaliação e acompanhamento nas gestantes. A maior dificuldade está na avaliação de saúde bucal que foi realizada em apenas 31%, de um total de 16 gestantes somente cinco foram avaliadas, apesar de ter dois dentistas na UBS, com carga de trabalho de 20 horas cada um. Para esta dificuldade incorporamos a dentista nas atividades de grupo de gestante e visitas domiciliares, onde oferecemos informação sobre a importância da saúde bucal durante a gravidez. Também outra dificuldade está em relação ao exame ginecológico por trimestre que não se realiza porque o obstetra que as acompanha não adere a este procedimento e prefere fazer a ecografia ao invés de o exame ginecológico. Para este problema pensa-se em conversar com enfermeira que faz as consultas do pré-natal para que inclua em sua rotina o exame ginecológico trimestral em conjunto com o médico. Quando ao diagnóstico precoce de gravidez têm-se mais problemas, pois não há na unidade testes rápidos. Isto é muito importante, pois, com o diagnóstico precoce, não se perde tempo para realização de outros exames de primeiro trimestre da gestação. Isto foi discutido com a equipe e gestor, e no momento está-se aguardando resposta relacionada à compra dos testes. Com relação as puérperas, 25 tiveram consultas de puerpério nos últimos 12 meses que representa e 81%. Elas tiveram sua consulta puerperal em dia e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar.

Em nossa UBS se realiza prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mamas. Segundo o CAP tem-se um total de 736 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. 274 mulheres entre 50 e 69 anos, até hoje 51 realizaram mamografias (18,6% das mulheres nessa faixa etária). No ano de 2014 somente 85 mulheres fizeram o exame, destas 04 com resultados alterados e as

mesmas foram encaminhadas ao CACON (Centro de atendimento oncológico) que se encontra localizado no município de Ijuí RS localizado a aproximadamente 130km de distância, para avaliação e ainda estão em seguimento e tratamento com o especialista e com a equipe de atenção básica, segundo protocolos. Uma dificuldade existente está em que as usuárias têm que se deslocar para o município de Palmeiras das Missões localizado a 50 km de distância para fazer as mamografias. Existem ocasiões que elas desistem de fazer o exame porque moram distantes da unidade e não tem condições de se deslocarem até a UBS. Para isto é utilizado o carro da secretária da saúde quando necessário.

Considerando que o exame de Papanicolau deve ser realizado a cada três anos, após dois resultados normais, têm uma meta de 245 mulheres/ano. Até hoje foram feitos 101 exames preventivos o que equivale a 41,22% da População alvo pactuada. Em todas as consultas as mulheres são orientadas acerca da importância da realização destes exames e as possibilidades de um diagnóstico precoce para tratamento efetivo. A realização de exame preventivo de Câncer de Colo é feita com prévio agendamento, as segundas-feira à tarde, terça-feira de manhã e quinta-feira à tarde, quando existe alguma alteração os usuários são avaliados em consultas médicas e se precisam são encaminhadas a um especialista em Ginecologia na sexta-feira de manhã. Também se faz busca ativa das mulheres, em especial as que trabalham nas fábricas do município e tem dificuldade de vir à unidade. É ofertado um horário diferencial a esses usuários após seu turno de trabalho todos os dias de 12:30 a 13:30 min, isto permite atingir as mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. No entanto, não existe registro adequado que identifique o total de mulheres que tem que fazer o preventivo por mês e ano, isto dificulta a identificação das mulheres faltosas. Usuário. Orienta-se sobre o uso de preservativos nas relações sexuais para prevenção de doenças sexuais transmissíveis, e acerca da importância de realização periódica do exame preventivo. Ainda tem-se que trabalhar com a criação de grupos de mulheres por cada comunidade, para fazer atividades educativas, de maneira individual e coletiva, conseguindo assim identificar as mulheres com riscos, permitindo uma escuta qualificada das necessidades das mulheres.

Em relação à atenção às pessoas com hipertensão e diabetes – São estimadas pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 171 pessoas com

diabetes mellitus (DM). A Cobertura é de 103 % para HAS e 103 % para DM. Estes têm atendimento com consulta médica e de enfermagem todos os dias, com exceção a quinta-feira em que há o grupo HIPERDIA com avaliação individual nas comunidades e atividades educativas e de promoção e prevenção nos grupos a cada quatro meses pela equipe de ESF. Em nossa UBS existe uma consulta de triagem feita por uma enfermagem onde os usuários são avaliados e classificados, também faz-se rastreamento para diabetes (teste de glicose) a todo usuários maior de 18 ou mas idade assintomáticos junto com aferição da pressão arterial se identificam os fatores de risco, e as condições de saúde. A equipe trabalha com os usuários em todas as consultas e em visitas domiciliar e usuário a para que tenham fatores de risco como sedentarismo e obesidade, falta trabalhar mais com as pessoas de 20 anos ou mais, que é a classe trabalhadora e que vem menos ao posto de saúde, pois há usuários com sintomas de hipertensão que não vem às consultas médicas e se automedicam pois não sabem que são portadores desta doença. Também se faz a busca dos fatores de risco a estas doenças nas visitas domiciliares, condições da casa e do ambiente, aferição da pressão, exames de glicemia de jejum a usuários diabéticos e solicitação de exames assim como agendamento de consultas para avaliação. As visitas são realizadas conforme protocolo, e também com busca ativa de usuários faltosos em conjunto com ACS. Com isso tende a haver um aumento no diagnóstico dos usuários, porque a estimava do número de Hipertensos com 20 anos e Diabética não está adequada a realidade em consultas realizadas.

Também realiza-se controle de pressão arterial e glicemia nos grupos e está-se trabalhando para criação grupos com usuários de saúde mental e tabagismo. Realiza-se atividade física com um educador físico na academia de saúde priorizando o atendimento aos grupos. Trabalha-se com sistema de agendamento de consulta médicas, com dois médicos de clínica geral, em que um pertence ao programa Mais Médico que tem o objetivo de promoção de saúde e trabalho comunitário e o outro tem um sistema de atendimento que segue as necessidades imediatas. Uma dificuldade está na realização do exame do pé diabético em cada consulta, devido à falta de material como os monofilamentos, somente faz-se avaliação dos pulsos venosos no exame físico. Isto foi analisado em reunião de equipe com gestor e solicitada a compra que ainda não este feita.

As dificuldades que ainda existem no Município são com os usuários que tem acompanhamento com médicos particulares e tomam medicamentos por tempo indeterminado e abandonam o mesmo e não vem às consultas médicas. Também não existe uma contra referência dessa especialidade de atenção secundária a nível primário. Na conferência municipal de saúde deste ano, foi solicitação da própria população que melhore as redes de atenção e referência ao atendimento das especialidades. Com relação a avaliação bucal de usuários com HAS e DM ainda existe dificuldade em nossa UBS devido à resistência do usuário em vir até a UBS para este tipo de atendimento. Também no início do trabalho não existia uma equipe para avaliação de usuários com essas doenças, apenas a enfermeira realizava o trabalho juntamente com ACS. Agora a equipe de ESF foi resgatada e se incorporou dentista à mesma.

Em relação à saúde dos idosos – No município tem-se um total de 405 pessoas idosas, o que representa 15,6% da população. Deles são mulheres 197 e 208 são homens sendo que 295 moram na área rural. Tem-se um total de 273 idosos com patologias crônicas (Hipertensos 117, 48 Diabéticos, 06 idosos com doenças cardíacas, 68 usuários com dislipidemias e 34 atendidos por saúde mental) que representa um 64,4% deles. Também foram avaliados em consulta médica 212 usuários idosos por demanda espontânea. Eles são atendidos todos os dias da semana e têm prioridade. Os usuários são avaliados em todas as consultas médicas seguindo o protocolo para atendimento e acompanhamento deles. Tem-se ainda como dificuldade que a falta de um dia para consultar aos idosos com agendamento de consultas e acompanhamento periódicos dos idosos. Isto foi analisado em reunião de equipe em conjunto com gestor e ainda não esta resolvida por falta de horário na agenda de trabalho, pois a mesma possui apenas 32 horas de trabalho. Tem-se percebido a necessidade de realizar a avaliação multidimensional rápida a eles que ainda não é realizada.

Outra dificuldade é que não se trabalha em todas as consultas com a caderneta de saúde das pessoas idosas, ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais e permite a possibilidade de planejar, organizar ações de prevenção, promoção e recuperação dos usuários. Isso foi analisado em reunião com equipe de atenção básica e foi orientado aos profissionais fazer uso da caderneta para idosos em todas as intervenções realizadas com os idosos. Realizam-se ações coletivas com grupos de idosos nas comunidades, onde se

realiza palestras sobre alimentação saudável, doenças crônicas, prevenção sobre acidentes em casa e outras atividades de educação em saúde. Ainda realizam-se visitas domiciliares em conjunto com ACS. Antes da chegada do PMMB as visitas domiciliares eram muito limitadas, incluindo também para os usuários acamados ou com problemas de locomoção, de fato não existia um planejamento para realizá-las e apenas eram feitas pela demanda espontânea; ou seja os agentes comunitários de saúde avisavam no posto sobre a necessidade de fazer uma visita á pacientes acamados ou outros, que de jeito nenhum conseguiam se deslocar até o posto. Estas visitas domiciliares eram feitas apenas pela enfermeira sem outro profissional. Logo de se implementar o PMMB este parâmetro teve uma melhora significativa , sendo que as visitas domiciliares são realizadas 3 vezes por semana, nos horários de 1:30 até 4:30 pm nas segundas, terças e quartas feiras, com uma equipe completa se consolidando o boom funcionamento da PSF . Isto proporciona um excelente grau de satisfação na população . Agente acredita que após o médico do Mais Medicos sair, as visitas domiciliares voltarão a ser tão escassas quanto já foram antes do PMMB começar a funcionar neste município. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

No município existe uma casa de convivência da terceira idade onde eles realizam reuniões periódicas organizadas por eles próprios, também desenvolvem atividades de recreação geralmente ligadas a danças, artesanatos. Estes espaços são de extrema importância para interação social da equipe da saúde da família com os idosos. A equipe tem utilizado este local para realização de atividades educativas com eles, avaliação do nível de funcionalidade, além de identificação de idosos que vivem sozinhos, sem familiares.

Em visitas domiciliares realizadas encontraram-se usuários com idade acima que de 80 anos com fatores de risco a fragilidade na velhice, que a família não tem como trabalhar com eles. Também se fez busca ativa dos aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais juntos com avaliação de fatores ambientais onde o idoso vive. Está-se trabalhando em todas as consultas com resgate de avaliação Multidimensional Rápida. Tem-se como dificuldade o deslocamento de pessoas idosas que residem na área rural até a UBS onde

serão atendidos. Isto foi analisado com gestor em reunião da equipe de saúde, decidindo-se que haverá um transporte de saúde para trasladar aos idosos conforme a demanda espontânea.

No município a situação de saúde bucal seria melhorada se houvesse a composição da equipe mínima de saúde bucal. A contratação de um profissional ou aumento da carga horária de um dos profissionais possibilitaria o desenvolvimento em conjunto com a equipe as ações de ESF bem como ter tempo disponível para ofertar fichas de demanda livre, agendados bem como desenvolver outras ações.

A chegada do Programa Mais Médicos despertou na equipe a necessidade de unir-se e fazer em conjunto grupos com o NASF e do HIPERDIA e abriu as portas para que sejam desenvolvidas mais atividades, fortalecendo a Atenção Básica em Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e assim o cuidado aos usuários.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

Ao escrever o texto inicial, na semana de ambientação, não sabia bem o que esperar do curso ou como deveria escrever aquela tarefa. Fiz como imaginei que seria aceitável, com meu olhar e escritas espontâneas. Não tinha experiência e conhecimento do trabalho realizado no Brasil, pelo que só incluí um relato simples, focado no que estava vendo, no que poderia ver até aquele momento. Observei que muitos colegas de trabalho não tinham conhecimento de atenção primária em saúde (APS), prevenção de doenças e da promoção à saúde e ainda que faltavam muitas coisas para melhorar o sistema de trabalho de toda a equipe.

Depois, com o seguimento do curso, com os estudos, as leituras, as discussões com a orientadora, o apoio pedagógico, fui percebendo mais coisas, podendo analisar o que estava vendo e perceber o que era certo e o que não estava bem. Quando escrevi o Relatório de Análise situação foi bem diferente, já sabia como detalhar meu olhar, até porque o roteiro da coordenação indicava bem o que observar.

Essa é uma grande diferença entre um texto e outro, mas ainda pode ser observado as seguintes diferenças, quando comecei a trabalhar, não havia planejamento periódico da ESF, e também não eram realizadas visitas domiciliares, apenas consultas médicas seguindo as demandas espontâneas e procedimentos de enfermagem nos domicílios. Hoje temos uma equipe de ESF completa, onde planejamos as visitas domiciliares em conjunto com os ACS, trabalhamos com os grupos em conjunto com equipe de NASF em nas comunidades, também se trabalha atualmente com todos os programas do Ministerio da Saúde (Pré-natal, Puericulturas, HIPERDIA e Idosos). Essas últimas observações não dizem respeito as diferenças do texto, mas diz respeito as diferenças motivas com a ajuda da elaboração do texto.

Acredito que com um trabalho constante e perseverante de ESF/APS em conjunto com demais profissionais na UBS, vamos atingir melhoria no modo e estilo de vida da população, incrementando ações de promoção de saúde nas comunidades e melhorar a qualidade no atendimento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento, segundo Caderno de Atenção Básica–No.19, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2016. É importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. Em atenção a essas necessidades implantou-se, no Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PSNPI) que tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida (GORDILHO et al, 2000). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde– OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar

quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Quanto à estrutura física a UBS hoje está disposta em prédios, o qual passa por adaptação que interligará os dois prédios e irá melhorar o processo de trabalho quanto a fluxo dos usuários e dos profissionais. Hoje a UBS tem uma farmácia de dispensação de medicamentos básicos, uma sala de vacinas, uma sala de curativo e procedimentos ambulatoriais, dois consultórios para atendimento médico e dois para atendimentos de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vigilância sanitária, uma sala de emergência, uma sala de internação para dois pacientes, uma cozinha, uma lavanderia, uma sala de triagem e seis banheiros.

Com relação à saúde das pessoas idosas no município tem um total de 405 pessoas idosas em toda a área de abrangência da UBS-ESF mapeados pelos ACS, o que representa 15,6% da população (SIAB, 2013). Destes 197 são mulheres e 208 são homens, sendo que 295 moram em área rural. Não há idosos cadastrados no programa de saúde da pessoa idosa, pois este programa não está devidamente implantado nesta unidade. Estes recebem o acompanhamento da equipe, porém não exatamente como preconiza o programa do Ministério da Saúde. Existem 273 idosos com patologia crônica, o que representa 67,4%, deles 28,8% tem HAS (117 idosos) e 11,8% tem DM (48 idosos), 8,3% são atendidos por saúde mental (34 idosos). Existem 107 idosos com avaliação de risco para morbimortalidade, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular que representam 26,4%. Temos 52 idosos com avaliação da saúde bucal em dia representando 12,8% respectivamente.

Estes idosos são atendidos com prioridade, todos os dias da semana, apenas por demanda espontânea. Uma dificuldade encontrada foi a não realização da avaliação integral e multifatorial dos idosos, além da equipe não trabalhar com a caderneta de saúde das pessoas idosas. Neste contexto, esta intervenção proporcionará uma maior cobertura do Programa de atenção a Saúde da Pessoa Idosa do município e tem como objetivo realizar uma avaliação funcional integral aos idosos, capacitar a equipe no programa do idoso, além de realizar ações de promoção e prevenção de saúde, com isto melhorará a qualidade de vida das pessoas idosas, não apenas para os que já estão velhos, mas também para aqueles que ainda vão envelhecer.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS-ESF Sagrada Família, Município Sagrada Família, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivos 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Metas 1.1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 44%.

Objetivos 2: Melhorar a qualidade do Programa de Saúde do Idoso

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivos 3: Ampliar a adesão do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Ampliar o registro do Programa de Saúde do Idoso.

Metas 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Metas 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Ampliar a avaliação de risco no Programa de Saúde do Idoso.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Ampliar a Promoção de Saúde do Programa de Saúde do Idoso.

Metas 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Metas 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Metas 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (ESF) do Município de Sagrada Família, Rio Grande do Sul. Ele terá como população alvo os 405 idosos (60 anos ou mais) da área de abrangência. Será utilizado o Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Envelhecimento, 2010 e o Caderno de Atenção Básica número 19, 2006, ambos do Ministério da Saúde. Os registros serão feitos em instrumento de consulta e o monitoramento, pelos dados do SIA, SIAB e ficha espelho saúde do Idoso.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 44 %.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1 Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Será habilitada uma pasta com os dados dos idosos da área de abrangência com acompanhamento na unidade. Os dados serão preenchidos semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe. O médico revisará semanalmente as fichas espelho para avaliar a cobertura das pessoas idosas.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 1.1. Acolher as pessoas idosas.

Detalhamento: O acolhimento às pessoas idosas será feito na recepção da UBS pela técnica de enfermagem, com um mínimo de 15 usuários por dia da

intervenção (sexta-feira, de manhã), aqueles idosos que procurem participar no projeto, serão agendados para avaliação na próxima semana.

Ação 1.2. Cadastrar 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Detalhamento: Médico realizará o cadastro, tanto em consultas, como no acolhimento e nas demandas levantados por agentes comunitários. Isso será feito durante as consultas.

Ação 1.3. Atualizar as informações do SIAB/e-SUS

Detalhamento: As informações serão atualizadas mensalmente no SIAB/e-SUS, pelo médico e enfermeira. A equipe da ESF repassará imediatamente as informações sobre as atividades realizadas para que sejam atualizadas.

Eixo: Engajamento Público.

Ação 1.1. Esclarecer á comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.

Detalhamento: Serão utilizados espaços dos grupos, igrejas, associação de moradores, redes sócias, bares, recepção na UBS e reuniões com a comunidade para levar estas informações, para isso a equipe vai-se deslocar ate estes espaços para informar sobre a existência do programa do idoso na UBS e a importância de acompanhamento. Quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a tecnica de enfermagem da equipe, nos restantes espaços os responsavéis serão o médico e enfermeira da equipe. Também serão realizadas palestras na UBS e nas comunidades pelo médico sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico, também serão utilizados espaços dos grupos, igrejas, associação de moradores, redes sócias, bares para levar estas informações.

Ação 1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Detalhamento: Utilizar os meios acima conjuntamente com na rádio comunitária Municipal para informar a comunidade sobre a existência do programa. Estas ações serão orientadas e supervisionadas pelo médico com apoio dos ACS. O médico com apoio dos ACS, realizará palestras nas comunidades para informar a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS, também utilizaremos a rádio comunitária Municipal para levar esta informação.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação 1.1 Capacitar à equipe no acolhimento as pessoas idosas.

Detalhamento: O médico revisará os Cadernos do Ministério da Saúde sobre Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e com base nas informações e será realizada uma capacitação a toda a equipe e os ACS sobre acolhimento aos idosos.

Ação 1.2. Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação aos ACS, junto com os demais membros da equipe, pelo médico na primeira semana da intervenção, sobre a busca das pessoas idosas que não tem acompanhamento na UBS. Os ACS terão um registro com os dados dos idosos da área de abrangência que não tem acompanhamento na unidade.

Ação 1.3. Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Realizaremos um encontro de capacitação com o tema: Humanização. Vamos utilizar o protocolo de humanização e acolhimento do Ministério da Saúde, estuda-lo e preparar uma discussão com toda a equipe. A ênfase será nas atribuições profissionais de cada um e no que cada pessoa poderá fazer para garantir um melhor acolhimento à comunidade.

Objetivo 2. Ampliar a qualidade do Programa de Saúde do Idoso

Meta: 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será realizado uma avaliação quinzenal das fichas espelho e os prontuários dos usuários cadastrados no projeto, para monitorar se a avaliação multidimensional rápida em dia. Tendo como responsável o médico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Detalhamento: Se coordenará com o gestor municipal em reuniões da equipe, para garantir os materiais necessários para a implementação desta Avaliação Multidimensional Rápida nas pessoas idosas cadastradas no programa. Esta ação será feita pelo médico.

Ação 1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas

Detalhamento: Será realizada uma reunião com toda a equipe para definir as funções de cada membro, como busca de demanda e acolhimento. O monitoramento da pressão arterial e teste rápido de glicemia, serão feitos pela técnica de enfermagem em conjunto com enfermeira. O resto do exame clínico será feito pelo médico. As visitas domiciliares às pessoas acamadas e com transtorno de locomoção serão feitas pelos ACS junto com a equipe, previa coordenação com o gestor para ser garantido o transporte.

Eixo: Engajamento Público

Ação 1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades, nos grupos, igrejas, pela enfermeira da equipe sobre a importância de acompanhamento das pessoas idosas na UBS e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, também será feita divulgação desta informação através da rádio comunitária do município.

Ação 1.2 Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Em cada espaço utilizado pela equipe, consultas médicas e visitas domiciliares, será solicitada a opinião aos usuários sobre as condutas tomadas e em cada reunião da equipe serão analisadas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento: Será revisar o protocolo adotado pela UBS para atendimentos aos idosos e realizaremos uma capacitação a toda equipe sobre o atendimento das pessoas idosas. Isto será efetivado pelo médico.

Ação 1.2 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Será feita uma capacitação a todos os membros da equipe, sobre Avaliação Multidimensional Rápida, segundo suas atribuições. Isto será realizado pelo médico na reunião da equipe.

Ação 1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Será feita uma capacitação a toda equipe pelo médico sobre encaminhamentos adequados dos casos mais complexos. Isto será feito em nas reuniões de equipe.

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100 % das pessoas idosas

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será feito uma agenda pela enfermeira, onde quedará registrado os usuários com exame clínico feito, aqueles que apresentem alguma alteração, serão encaminhados para especialista segundo as alterações encontradas. O médico revisará as fichas de espelho junto com os prontuários quinzenalmente.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma reunião da equipe na primeira semana para definir as atribuições de cada membro no exame clínico aos usuários cadastrados da intervenção. A técnica de enfermagem será a responsável de acolhimento e agendamento, a enfermeira junto com o médico realizará o exame clínico das pessoas idosas.

Ação 2.2. Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Será feita busca ativa pelo os ACS, aqueles que não realizaram o exame clínico. A enfermeira da equipe em conjunto com o médico, realizara uma avaliação quinzenal as fichas espelho e os prontuários dos usuários cadastrados no projeto, para monitorar as pessoas idosas que não realizaram exame clínico.

Ação 2.3. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será feita uma agenda pela técnica de enfermagem em conjunto com a recepcionista na UBS; para acolher as pessoas idosas provenientes das visitas domiciliares.

Ação 2.4. Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: A enfermeira da equipe encaminhará aos idosos que durante a Avaliação Multidimensional Rápida, apresentem alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Eixo: Engajamento Público

Ação 2.1. Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizado uma reunião em cada comunidade para informar as doenças mais frequente encontradas das pessoas idosas, além disso utilizaremos os espaços dos grupos, recepção na UBS, consulta médica, igreja para levar estas informações, sendo estas atividades organizada pela enfermeira da equipe.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação pelo médico aos membros da equipe acerca de semiologia médica das pessoas idosas, para garantir um exame clínico apropriado.

Ação 2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação sobre o uso adequado do prontuário do paciente, descrevendo de modo claro e legível a avaliação, assim como a data e assinatura. Isto será responsabilidade do médico.

Meta: 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas no projeto para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 3.1. Monitorar o número pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será confeccionado um registro pela enfermeira com o total de pessoas idosas que foram rastreadas para HAS. A aferição da pressão arterial será feita pela técnica de enfermagem da equipe de ESF, as pessoas cadastrados no projeto durante o acolhimento, com anotação da avaliação periódica da ficha-espelho pelo médico.

Eixo: Organização e Geração do Serviço.

Ação 3.1. Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de HAS.

Detalhamento: A técnica de enfermagem será a responsável pelo acolhimento para as pessoas idosas com diagnóstico de HAS, aqueles que durante a avaliação apresentaram pressão arterial elevada serão encaminhados para avaliação médica com prioridade. Durante o acolhimento serão feitas orientações sobre a doença.

Ação 3.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: A UBS tem disponível todo o material para garantir a tomada da medida da pressão arterial, além disso, em reunião feita com gestor, se informará dos materiais necessários para esta atividade. Esta informação será fornecida pela enfermeira.

Eixo: Engajamento Público

Ação 3.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Detalhamento: Serão feitas palestras nas comunidade pela enfermeira da equipe para informar a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, também utilizaremos os espaços dos grupos, consulta médica, visitas domiciliares para levar estas informações.

Ação 3.2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Será realizada uma palestra em cada uma das comunidades pela enfermeira da equipe sobre os fatores de risco de HAS, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente, na consulta médica e visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 3.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Será realizado um encontro de capacitação a tudo a equipe, sobre técnicas de semiologia para aferir da pressão arterial aos usuários cadastrados da intervenção. A ênfase será uso adequado do manguito. Isto será realizado pelo médico da equipe.

Meta: 2.4. Rastrear 100 % das pessoas idosas cadastradas no projeto para Diabetes Mellitus (DM).

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 4.1. Monitorar número de pessoas idosas submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será realizado hemoglicoteste a todos os usuários que foram cadastrados no projeto, além disso, serão registrado no prontuário e ficha espelho os resultados. O médico em conjunto com enfermeira, revisará os idosos que já fizeram os exames.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 4.1. Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM.

Detalhamento: O acolhimento às pessoas idosas portadoras de DM, será realizado pela técnica de enfermagem da equipe, além disso, será realizado o cadastro ao programa de saúde das pessoas idosas pelo médico e enfermeira da equipe.

Ação 4.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Nossa unidade tem garantido os recursos para a realização do hemoglicoteste aos idosos, além disso, será solicitado ao gestor material para realização do teste pela enfermeira da equipe.

Ação 4.3 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Será anotado no prontuário e ficha-espelho pelo médico, as principais morbidades do usuário para evidenciar quais pacientes necessitam hemoglicoteste, solicitando à técnica em enfermagem para que o procedimento seja realizado no momento da consulta.

Eixo: Engajamento Público

Ação 4.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades e os espaços dos grupos, igrejas, associação de moradores, recepção na UBS, para levar estas informações, para isso a equipe vai-se deslocar até estes espaços para informar sobre a existência do programa do idoso na UBS e a importância do rastreamento para DM e HAS, quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a técnica de enfermagem da equipe, nos restantes espaços os responsáveis serão o médico e enfermeira da equipe.

Ação 4.2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Serão realizadas palestras pela enfermeira nas comunidades e os espaços dos grupos, igrejas, associação de moradores, recepção na UBS, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 4.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Será realizado um encontro de capacitação pela enfermeira para equipe da UBS sobre realização do hemoglicoteste. A ênfase será a técnica para realização do exame.

Meta: 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 5.1. Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Registrar na ficha espelho o exame físico dos pés dos idosos com diabetes cadastrados no Programa, destacando em vermelho na própria ficha, àqueles com alterações, os quais deverão ter nova consulta agendada para conduta adequada às alterações detectadas. Esta ação será feita semanalmente pelo médico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 5.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.

Detalhamento: Será realizado uma reunião com membros da equipe pelo médico para definir atribuições de cada um deles, referente a realização do exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.

Ação 5.2. Garantir a busca das pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado.

Detalhamento: Será realizado uma busca ativa pelos ACS das pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés, as pessoas que não tenham feito o exame, se agendará nova consulta pela técnica de enfermagem.

Ação 5.3. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será garantida uma agenda para acolher as as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares, a qual será organizada pela técnica de enfermagem da equipe, todas as manhãs, com uma cifra de cinco agendamentos por dia.

Ação 5.4. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Serão encaminhadas as pessoas com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades para a enfermeira da equipe, a qual é a responsável pelo setor de regulação do município.

Eixo: Engajamento Público

Ação 5.1. Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela enfermeira sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, também utilizaremos nos espaços dos grupos, igrejas, recepção na UBS e durante as consultas para levar estas informações.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 5.1. Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação para a equipe pelo médico, sobre semiologia médica para a realização adequada do exame físico.

Ação 5.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação da equipe pelo médico com o tema: procedimentos clínicos, com ênfase no registro adequado do prontuário do paciente e ficha espelho, descrevendo de modo claro e legível a avaliação, sinais vitais, assim como registrar a data e assinatura do responsável.

Meta: 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 6.1. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Avaliaremos por meio da ficha-espelho e os prontuários a quantidade de usuários com exames laboratoriais solicitados, sendo esta ação realizada mensalmente pelo médico.

Ação 6.2. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será verificado na ficha-espelho e nos prontuários dos usuários pelo médico uma vez ao mês, a quantidade de pessoas idosas que fizeram exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 6.1. Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: Serão solicitados os exames completos a todos os idosos cadastrados no projeto e avaliados durante as consultas pelo médico da equipe.

Ação 6.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Será acordado com o gestor um convênio para que contemple todos os exames complementares preconizados pelo protocolo, incluindo aqueles que não são contemplados pelo SUS. Será responsável o médico da equipe.

Ação 6.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Destacar com uma marcação de cor diferente em ficha espelho quando paciente não realizar os exames complementares solicitados pelo médico.

Eixo: Engajamento Público.

Ação 6.1. Orientar as pessoas e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Serão orientados durante as consultas e palestras feitas nas comunidades a importância de fazerem os exames complementares, sendo estas atividades organizadas pela equipe de enfermagem da unidade.

Ação 6.2. Orientar as pessoas e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão orientados durante as consultas médicas e nas palestras em cada comunidade pelo médico e enfermeira a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 6.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Será revisado o protocolo adotado na UBS pelo médico em reunião de equipe seguido de uma capacitação, referente a solicitação de exames complementares.

Meta: 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 44% das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 7.1. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Será utilizada a lista de medicações da farmácia municipal e popular, e durante as consultas o médico verificará os medicamentos utilizados pelo paciente e se estão contemplados na listagem da Farmácia popular e ou municipal.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 7.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Os medicamentos de estoque serão revisados pela técnica de enfermagem em conjunto com a farmacêutica na farmácia da UBS.

Ação 7.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Se realizará e arquivará uma listagem dos medicamentos necessários das pessoas hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS e solicitar à secretaria de saúde a aquisição dos mais necessários. Esta ação será feita pela enfermeira junto com farmacêutico da UBS.

Eixo: Engajamento Público

Ação 7.1. Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A comunidade receberá orientações a traves de palestras que serão feitas pelo médico em conjunto com farmacêutico, sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 7.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Será realizado um encontro com equipe e demais profissionais na UBS, quanto à atualização no tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes. Sendo o responsável o médico da equipe.

Ação 7.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Trazer a lista de medicações da farmácia municipal e popular para a reunião de equipe, também será realizada uma capacitação da equipe pelo médico sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aos usuários.

Meta: 2.8. Cadastrar 20% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 8.1. Monitorar o número de pessoas idoso acamado ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Se realizará um levantamento á equipe junto com os ACS sobre o número total de acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na área de abrangência.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 8.1. Garantir o registro das pessoas idoso acamado ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Se realizará um registro das pessoas idosa acamada ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, pelo ACS em conjunto com á equipe de saúde.

Eixo: Engajamento Público

Ação 8.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Realizaremos uma palestra nas comunidades, dos grupos, igrejas, bares, associações de moradores, recepção na UBS, para informar sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da UBS, também utilizaremos os s espaços dos grupos, igrejas, bares, associações de moradores, recepção na UBS e nas consultas para levar esta informação, para isso a equipe

vai-se deslocar até estes espaços, quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a técnica de enfermagem da equipe, nos restantes espaços os responsáveis serão o médico e enfermeira da equipe.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 8.1. Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência

Detalhamento: Se realizará uma capacitação pela enfermeira da equipe aos ACS sobre o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta: 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 9.1. Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será verificado nos prontuários e a ficha-espelho do projeto pela enfermeira, a realização de visita domiciliar as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, evitando que alguns recebam muitas visitas, enquanto outros não sejam atendidos.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 9.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será feita uma agenda na UBS, onde a técnica de enfermagem vai ser a responsável pelo planejamento das visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Eixo: Engajamento Público

Ação 9.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento: Será realizada uma palestra nas comunidades, pela equipe para orientar aqueles casos que precisem de visita domiciliares e que não possuem meios para se deslocar até a unidade.

Ação 9.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Se realizará uma palestra nas comunidades, dos grupos, igrejas, associações de moradores, recepção na UBS, pela equipe, sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, também se utilizará os espaços dos grupos, igrejas, associações de moradores, para isso a equipe vai-se deslocar até estes espaços para informar sobre a importância de visitas domiciliares às pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a técnica de enfermagem da equipe, nos restantes espaços os responsáveis serão o médico e enfermeira da equipe.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação 9.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será feito um encontro de capacitação pelo médico com os ACS para orientá-los sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Ação 9.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Será realizado um encontro de capacitação pelo médico com os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar segundo as necessidades e prioridade das pessoas.

Meta: 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 10.1. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

Detalhamento: Será feita uma avaliação da necessidade de tratamento odontológico pelo médico e a enfermeira da equipe, por meio dos prontuários e ficha espelho dos usuários cadastrados no projeto.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 10.1. Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita uma capacitação à equipe de saúde sobre acolhimento a pessoas idosas, onde a responsável do acolhimento deles vai ser a técnica de enfermagem na recepção da UBS.

Ação 10.2. Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Se realizará uma capacitação pela enfermeira à equipe sobre cadastramento as pessoas idosas na UBS, utilizaremos a ficha–espelho, para completar os dados.

Ação 10.3. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Vai ser confeccionada uma agenda exclusivas para os idosos, garantindo a consulta médica e as visitas domiciliares, sendo responsável a enfermeira da equipe.

Ação 10.4. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: Será confeccionada uma agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas cadastradas no projeto. A dentista é responsável de garantir esta atividade.

Eixo: Engajamento Público

Ação 10.1. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma palestra nas comunidades, pela equipe para informar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância de avaliar a sua saúde bucal.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 10.1. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação pela dentista à equipe sobre a necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Metas: 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 11.1. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: A enfermeira revisará na última avaliação odontológica feita aos usuários nos prontuários e ficha espelho do projeto das pessoas idosas cadastradas.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 11.1. Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação pela enfermeira a equipe de saúde sobre acolhimento a pessoas idosas na UBS, onde a responsável do acolhimento deles vai ser pela técnica de enfermagem na recepção da UBS.

Ação 11.2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.

Detalhamento: O médico avaliará nos prontuário e ficha espelho do projeto do paciente se o mesmo utilizou o serviço odontológico.

Ação 11.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: Será feita uma agenda para as pessoas idosas com necessidade de atendimento bucal com prioridade a pacientes idosos cadastrados, isto será feito pela auxiliar em saúde bucal.

Ação 11.4. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada pelo médico da equipe uma capacitação com a equipe e demais profissionais na UBS, sobre importância de atendimento prioritário às pessoas idosas.

Eixo: Engajamento Público

Ação 11.1. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pelo médico sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Ação 11.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento: Serão realizadas palestras em cada comunidade, dos grupos, recepção na UBS, pelo médico sobre a importância da realização de exames bucais.

Ação 1.3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Utilizaremos os espaços dos grupos, igrejas, recepção na UBS e reuniões com a comunidade para solicitar a opinião aos usuários sobre a necessidade de acompanhamento odontológico, solicitando a deles na escolha de algumas ações, para isso a equipe vai-se deslocar até estes espaços para solicitar a opinião aos usuários, quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a técnica de enfermagem da equipe, nos restantes espaços os responsáveis serão o médico e enfermeira em conjunto com a dentista da equipe.

O dentista será o responsável desta ação.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 11.1. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação à equipe pela enfermeira sobre acolhimento do idoso de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Ação 11.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.

Detalhamento: Será realizado um encontro de capacitação com a equipe sobre cadastramento, encaminhamento de pessoas idosas que precisem de atendimento odontológico. Isto será responsável o médico da equipe.

Ação 11.3. Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação aos ACS pela enfermeira sobre captação de pessoas idosa no programa e como reconhecer casos de maior vulnerabilidade.

Ação 11.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação a equipe de saúde bucal pelo médico sobre a realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Metas: 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 12.1. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal

Detalhamento: Será realizada uma listagem das pessoas idosas com alterações de mucosa bucal, pela equipe de saúde em conjunto com equipe de saúde bucal. Onde o responsável vai ser o dentista.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 12.1. Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas.

Detalhamento: Aproveitaremos a campanha de vacinação das pessoas idosas nas comunidades da área de abrangência, pela equipe de saúde, incluindo na vacinadora da UBS para reconhecer idosos que não foram avaliados.

Ação 12.2. Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

Detalhamento: Será solicitado à secretaria da saúde pela o dentista o material necessário para transmitir informações relacionadas com autoexame da boca.

Eixo: Engajamento Público

Ação 12.1. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades para informar sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca. Responsável a dentista da equipe.

Ação 12.2. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela dentista da equipe para informar sobre fatores de risco e a importância do exame de mucosa.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 12.1. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação a equipe de saúde incluindo equipe de saúde bucal pela dentista sobre identificações de alterações de mucosa.

Ação 12.2. Capacitar à equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Detalhamento: Será realizada um encontro de capacitação à equipe de saúde bucal sobre encaminhamentos para serviços de referência dos casos de complexidade/alta prevalência. Isto será feito pela dentista da equipe.

Metas: 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100 % das pessoas idosas cadastradas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 13.1. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: Será confeccionado um levantamento dos idosos com necessidade de prótese dentárias pela dentista na UBS, juntamente com os ACS.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 13.1. Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.

Detalhamento: Revisar as adequações no consultório dentário na UBS, a dentista junto com gestor e a secretária de saúde para realização das próteses pela dentista.

Ação 13.2. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: Será solicitado à secretária de saúde os materiais e equipamentos necessários para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde pela dentista.

Eixo: Engajamento Público

Ação 13.1. Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela equipe para informar sobre importância de manutenção o uso de próteses dentário.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 13.1. Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias

Detalhamento: Será realizada uma capacitação pela dentista à equipe de saúde, sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Objetivo3. Ampliar a adesão do Programa de Saúde do Idoso.

Metas: 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde.

Detalhamento: Se revisaram os prontuários e ficha espelho dos idosos cadastrados no projeto para avaliar a periodicidade das consultas prevista no protocolo de atendimento as pessoas idosas na unidade de saúde. Serão revisadas as consultas semanalmente, pelo médico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Serão responsáveis os ACS buscam ativa nas visitas domiciliares as pessoas faltosas a consulta médica. O médico revisará semanalmente os prontuários e fichas de espelho para informar os faltosos à consulta médica.

Ação 1.2. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão incorporadas à agenda de consulta médicas pela técnica de enfermagem as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Eixo: Engajamento Público

Ação 1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela equipe para informar sobre a importância de realização das consultas.

Ação 1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, igrejas, recepção na UBS e reuniões com a comunidade para solicitar a opinião aos usuários sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas. O médico organizará esta ação.

Ação 1.3. Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades, dos grupos, igrejas, recepção na UBS, pela equipe sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, para isso a equipe vai-se deslocar ate estes espaços para informar sobre a periodicidade das consultas, quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a tecnica de enfermagem da equipe, nos restantes espaços os responsavéis serão o médico e enfermeira.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 1.1. Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será realizado um encontro de capacitação com os ACS, pelo médico, para a orientação quanto a realizar as consultas e sua periodicidade das pessoas idosas.

Ação 1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Será realizado um encontro com a equipe pelo médico para orientar a definição dos intervalos das consultas, conforme a necessidade do usuário segundo o protocolo.

Objetivo 4. Ampliar o registro do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 4.1. Manter registro específico de 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1. Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS

Detalhamento: Se revisará periodicamente as fichas-espelho e os prontuários pela enfermeira para avaliar a proporção de pacientes faltosos, assim como avaliar estatisticamente, para aferir se estamos próximos das metas.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Vão ser atualizadas as informações do SIAB mensalmente pelo médico da equipe.

Ação 1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Detalhamento: Será utilizada a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, fornecido pela Universidade, em cada consulta médica pelo médico da equipe.

Ação 1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será feito um encontro com a equipe para definir o registro das informações e seu responsável.

Ação 1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Será definido numa reunião o responsável pelo monitoramento dos registros o mesmo vai ser feito pelo médico junto com a enfermeira da equipe.

Ação 1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Serão avaliados semanalmente pela enfermeira, os prontuários e a ficha-espelho dos idosos cadastrados no projeto, dificultando o esquecimento para identificar o atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Eixo: Engajamento Público

Ação 1.1. Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Será realizada uma palestra nas comunidades pela equipe sobre os direitos das pessoas idosas em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação 1.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação à equipe pelo médico sobre o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Metas: 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100 % das pessoas idosas cadastradas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 2.1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Se revisaram em cada consulta pelo médico os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conferindo resumo de consultas anteriores.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: O médico solicitará ao gestor a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Eixo: Engajamento Público

Ação 2.1. Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Serão realizadas palestras na UBS e nas comunidades, pela técnica de enfermagem, sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 2.1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação aos membros da equipe sobre o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa durante no acolhimento e nas consultas. Responsável o médico.

Objetivo 5. Ampliar a avaliação de risco no Programa de Saúde do Idoso

Meta: 5.1. Rastrear 100 % das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1. Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Fazer um levantamento dos idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será realizado pela equipe e priorizar estes pacientes no cadastro e no agendamento de consultas. Este monitoramento será mensalmente pelo médico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 1.1 Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: A técnica de enfermagem priorizará os atendimentos às pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade na agenda de consulta.

Eixo: Engajamento Público

Ação 1.1. Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Serão realizadas palestras na UBS e nas comunidades às pessoas idosas pelo médico, sobre seu nível de risco e importância do acompanhamento mais frequente.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação pelo médico da equipe aos profissionais na UBS, sobre identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Meta: 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 2.1. Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Se revisaram os registros das pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice pelo médico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 2.1 Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Detalhamento: Diante o acolhimento será priorizado o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice pela técnica de enfermagem da equipe.

Eixo: Engajamento Público

Ação 2.1. Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Se realizaram palestras na UBS e nas comunidades, dos grupos, igrejas, recepção na UBS, pela enfermagem da unidade junto com os ACS, sobre a importância do acompanhamento mais frequente das pessoas idosas, para isso a equipe vai-se deslocar até estes espaços, quando seja o caso das igrejas a profissional da saúde responsável de fornecer esta informação será a técnica de enfermagem da equipe.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação aos profissionais da UBS pelo médico da equipe, para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Metas: 5.3. Avaliar a rede social de 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Serão feitas reuniões semanalmente na UBS com a equipe para a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhadas na UBS. Durante as consultas médicas se realizará um dialogando sobre as condições de vida, família, hábitos e entre muitos com as pessoas idosas cadastradas. O médico é responsável desta ação.

Ação 3.2. Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: Vai ser monitorado pelo médico o acompanhamento feito pelos ACS a todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente

Detalhamento: Manter o agendamento prioritário, já utilizado, reservando um turno específico para as consultas médicas e a visitas domiciliares pela técnica de enfermagem aos idosos com rede social deficiente.

Eixo: Engajamento Público.

Ação 3.1. Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela equipe de saúde, sobre como acessar ao atendimento prioritário na UBS às pessoas idosas.

Ação 3.2 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela equipe para viabilizar a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Detalhamento: O médico vai realizar uma capacitação com a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas, segundo o caderno do ministério da saúde.

Objetivo 6. Ampliar a Promoção de Saúde do Programa de Saúde do Idoso.

Metas: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas.

Detalhamento: Se realizaram atividade e promoção de saúde sobre orientações nutricionais, tanto nas consultas, como nos grupos. Assim como, reforçar com a equipe que estes tópicos sejam abordados em qualquer ação em saúde realizada pela unidade. A enfermeira vai ser a responsável desta ação.

Ação 1.2. Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Se realizará uma pesagem e cálculo do IMC no acolhimento e nas consultas para identificar idosos com obesidade / desnutrição assim como, solicitar avaliação da nutricionista.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Se realizará numa reunião com todo à equipe de saúde para definir o papel de cada um dos membros na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Isto será feito pelo médico da equipe.

Eixo: Engajamento Público

Ação 1.1. Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Serão realizadas palestras na UBS e nas comunidades, sobre hábitos alimentares saudáveis nas pessoas idosas, pela equipe de saúde.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Detalhamento: Será feita uma capacitação pela enfermeira à equipe sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Ação 1.2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Será feita uma capacitação pelo médico aos demais integrantes da equipe, sobre orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos. O médico utilizará os cadernos do Ministério da Saúde sobre hábitos alimentares.

Metas: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100 % das pessoas idosas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas.

Detalhamento: O vai se orientar a traves de palestras na UBS e nas comunidades com toda a população sobre a importância da realização de atividade física regular para todas as pessoas idosas. Isto será feita pelo médico da equipe.

Ação 2.2. Monitorar o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Será confeccionada uma listagem pela educadora física da UBS as pessoas idosas que realizam atividade física regular.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: Será feita uma capacitação pela educadora física com a equipe toda, para definir o papel de cada membro na orientação sobre a importância da pratica de exercícios.

Ação 2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Será feita uma reunião com gestor e á secretaria de saúde para a utilização na academia do Município para realização de atividade física as pessoas idosas. Em nossa unidade temos uma professora de educação física que forma parte da equipe.

Eixo: Engajamento Público.

Ação 2.1. Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades a equipe de saúde, sobre a importância da realização de atividade física regular.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação 2.1. Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação pela educadora física com a equipe toda, sobre a importância da pratica de exercícios pelas pessoas idosas.

Metas: 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100 % das pessoas idosas cadastradas.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 3.1. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O médico da equipe monitorará todas as atividades educativas feitas pela equipe, incluindo as atividades de saúde bucal. Em cada consulta médica e odontológica se estimulará hábitos de higiene oral aos idosos.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação 3.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O médico vai analisar com a equipe o tempo médio de consultas para os usuários, pois, não devemos abrir mão da quantidade do atendimento dificultando a qualidade, com isso melhoramos a qualificação da consulta.

Eixo: Engajamento Público

Ação 3.1. Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Serão realizadas palestras nas comunidades pela equipe às pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 3.1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Será feita uma capacitação à equipe pela dentista para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100 %.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: números de idosos cadastrados no programa.

Denominador: número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Ampliar a qualidade do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade nas consultas aas pessoas diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Denominador: número de idosos cadastrados.

Meta: 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: número de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta: 2.10: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa.

Meta: 2.11: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.11. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa.

Objetivo 3: Ampliar a adesão do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Objetivo 4: Ampliar o registro do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: número de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Meta: 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Objetivo 5: Ampliar a avaliação de risco no Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. **Indicador: 5.1.** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta: 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta: 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador: 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Objetivo6: Ampliar a Promoção de Saúde do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Meta: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2 Proporções de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Meta: 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3 Proporções de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

2.3.3 Logística

A intervenção do projeto tem início previsto para começo de outubro de 2015 com duração de três meses e será utilizado o Protocolo de Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, 2010 e o caderno de atenção básica número 19, 2006, ambos do Ministério da Saúde.

Primeiramente será feita uma qualificação com toda a equipe de saúde, saúde da família juntamente com os agentes comunitários, NASF e gestor

municipal para apresentar o projeto e o programa da saúde do idoso. Além de definir as funções de cada profissional na realização da intervenção, iremos providenciar e avaliar os recursos necessários para o desenvolvimento: transporte para busca ativa dos faltosos, folhas para a impressão das planilhas, fitas para hemoglicoteste, material adequado para aferir a pressão arterial (esfignomanômetros, manguitos, fita métrica) e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Após esta qualificação, o próximo passo será o cadastramento dos idosos, os que serão realizados pelos ACS, nas visitas domiciliares e pela técnica de enfermagem da ESF para os que procurarem a UBS espontaneamente, este cadastro ocorrerá diariamente.

Os ACS atualizarão mensalmente este cadastro e parte das informações que alimentam o SIAB (Sistema de informação na atenção básica) em conjunto com a equipe da ESF. Também será realizada uma capacitação na primeira quinta feira a tarde do primeiro mês da intervenção (em reunião de equipe) pelo médico e a enfermeira da ESF aos ACS e demais integrantes da equipe sobre o programa de saúde da pessoa idosa e correto preenchimento da caderneta do idoso. Onde será apresentado o protocolo de saúde do idoso do Ministério da Saúde e entregue o material impresso à toda a equipe.

Será confeccionado um livro para o registro de todos os dados dos idosos avaliados, isto, permitirá melhor monitoramento e avaliação dos indicadores e metas. Será utilizado o computador que está disponível no consultório médico da ESF pelo coordenador do projeto. No entanto, a avaliação também será registrada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e prontuário eletrônico (esus) para que todos os demais membros da equipe possam ter acesso às informações.

Os idosos serão avaliados semanalmente todas as sextas feira de amanhã (20 pacientes por dia) com prévio agendamento pelo ACS de sua respectiva micro área, sendo que serão atendidos os idosos tantos da zona urbana quanto da zona rural do município, sera feito um otorgamento equitativo de duas vagas para cada uma das mircoareas da zona rural e as restantes vagas serão ocupadas pelos idosos da zona urbana, esta distribuição será feita tendo enconta a disponibilidade o transporte. A técnica de enfermagem fara o acolhimento na recepção.

As pessoas serão acolhidas primeiramente na recepção, depois encaminhados para a sala de triagem, onde, a enfermeira irá aferir os sinais vitais, incluindo teste de glicose para os diabéticos, peso, altura e circunferência abdominal para depois serem encaminhados à consulta médica.

Serão realizadas visitas domiciliares pela equipe da ESF junto com o ACS a todos os idosos acamados e ou com dificuldade de locomoção. Além das visitas de busca ativa aos faltosos quando necessário pelo ACS. A ESF tem um carro para visitas e procedimentos em domicílio. No entanto, ainda é entregue antecipadamente um cronograma com os dias e horários das visitas ao responsável pelos carros, com isso, o temos transporte disponível para estas atividades.

O monitoramento das metas e ações do projeto será realizado semanalmente, juntamente com a enfermeira da ESF. Onde serão verificadas as fichas espelho das pessoas, identificando aqueles que estão com consultas médicas, odontológicas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. As fichas espelho serão impressas na própria UBS pelo coordenador do projeto.

Quando detectado alguma anormalidade ou atraso estes pacientes serão encaminhados para que o ACS faça a busca ativa deixando agendada uma nova consulta. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho e livro de registros serão consolidadas na planilha de coletas de dados pelo médico do projeto, para alimentação dos sistemas de saúde e discutidas durante reunião de equipe.

O médico e a enfermeira realizarão semanalmente antes das consultas 15 minutos de palestra, sobre atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo saúde bucal, as quais serão planejadas também nas reuniões de equipe. Será utilizado nas palestras material impresso recebido pelo Ministério da Saúde, disponíveis na UBS tais como folhetos, cartazes e um álbum seriado sobre Vida Saudável também do Ministério Saúde para melhor explanação e entendimento sobre os temas abordados.

A dentista fará avaliação odontológica aos idosos cadastrados no projeto, que será registado no prontuário e na ficha espelho. Todas as sextas feiras serão agendadas consultas de acompanhamento pôr auxiliar de dentista aqueles que foram avaliados e tenham alterações de mucosa bucais e faltosas a consultas. Os

idosos que foram avaliados e tenham necessidades de prótese, será agendada pela dentista para atendimentos nas quartas-feiras, manhã e tarde.

2.3.4Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Atender e Cadastrar os idosos da área	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais de saúde da	X											
Ações de educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização das ações	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos idosos faltosos a consulta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar as visitas domiciliares aas pessoas acamados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Confeccionar relatório e resultado do projeto da intervenção.												X

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: 16/02 e 19/02/2016.

3 Relatório da Intervenção

Faça aqui um resumo dos resultados, falando da cobertura e da qualidade do serviço.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) Sagrada Família, localizada no município de Sagrada Família/RS, existem atualmente 2.595 usuários. Segundo dados coletados do IBGE, 405 têm 60 anos e mais, sendo que é este o total de pessoas idosas correspondentes a nossa área de abrangência.

Deles somente 107 pessoas idosas possuíam um acompanhamento no programa de Saúde da Pessoa Idosa, o que representa um 29%. A intervenção aconteceu num período de 12 semanas, tratou sobre a melhora da atenção à saúde do idoso na UBS do município e participaram um total de 201 pessoas idosas. A gente propôs ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 44.4% (180 pessoas idosas), embora conseguimos acrescentá-la até 49,6% com um total de 201 pessoas idosas atendidas durante a intervenção toda. Qualificamos a equipe de saúde sobre os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde para as pessoas idosas, melhoramos a qualidade dos registros e qualificação da atenção, tivemos um acréscimo da avaliação multidimensional e avaliação de risco para morbimortalidade, fragilização na velhice, indicadores que estavam muito baixo até o início da intervenção. Também contribuiu a ampliação da atenção odontológica, assim como esclareceu a importância deste atendimento para a prevenção do câncer bucal, além disso logramos orientar 100%, dos usuários sobre hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e higiene bucal incluindo próteses dentárias através de palestras individuais e grupais.

O objetivo é continuar com nosso trabalho de forma que em um ano sejam atendidos todos os usuários maiores de 60 anos de nossa área adstrita. Todos os profissionais estão dando continuidade às ações da intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as doze semanas da intervenção, conseguimos cumprir com as ações programadas para cada objetivo. Na primeira semana da intervenção fizemos uma reunião com a equipe, nela foi apresentado o projeto e também o Programa de Saúde das Pessoas Idosas do Ministério da Saúde (MS); outrora foi realizada uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa, além disso foi realizada uma qualificação dos ACS e ficou definido o papel de cada profissional durante a intervenção. Tudo isto foi feito pelo médico e enfermeira da Unidade em reuniões com equipe.

O cadastramento de todos os idosos que participaram da intervenção foi realizado por mim e/ou pela enfermeira, mas aos ACS aproveitaram para atualizar a ficha A com as informações sobre as pessoas com 60 anos ou mais.

O preenchimento dos dados na ficha-espelho da intervenção fornecida pelo curso foi realizado por mim e/ou pela enfermeira, mas as ACS aproveitaram para atualizar as informações sobre as pessoas com 60 anos e mais. Às avaliações aos idosos foram feitas todas as sextas feira de manhã com prévios agendamentos pelo ACS. Porém, durante a demanda espontânea os idosos eram encaminhados para a consulta agendada de avaliação do idoso.

Primeiramente fizemos o acolhimento dos usuários pela equipe, depois é feita a triagem que inclui o peso, altura, rastreamento para diabetes (teste de glicose), aferição da pressão arterial e logo passam para consulta médica para avaliação, preenchimento da ficha-espelho e exame clínico, com solicitação dos exames laboratoriais. Aqueles idosos que tenham alguma alteração durante a avaliação são encaminhados para outras especialidades, conforme as necessidades.

Devo ressaltar que, a partir da segunda semana da intervenção, incorporamos a realização de atividades físicas na academia no município (figura

1), a qual está disponível para qualquer usuário. Nossa equipe conta com um educador físico, o que ajuda muito nesta atividade.



Figura 4: academia de saúde do município

Todos os idosos ficaram muito felizes, o que proporcionou uma maior procura por livre demanda de idosos querendo participar do projeto. Estas atividades estão sendo praticadas antes da dez da manhã, porque a partir desta hora as pessoas são avaliadas pela odontóloga (Figura 2), aqueles que têm alterações da mucosa oral são encaminhados para avaliação com especialista no Município de Tenente Portela, RS, que fica a 130 km de distância de nossa cidade, também aqueles que têm necessidade de próteses dentais, durante a avaliação são encaminhados para o programa de próteses do próprio município.



Figura 5: Avaliação odontológica junto à academia da saúde

Neste primeiro mês da intervenção, tivemos como dificuldade o transporte para realizar as visitas domiciliares, isto aconteceu apenas na primeira semana da intervenção. Também na terceira semana da intervenção tivemos que modificar o cronograma de trabalho junto com equipe de ESF em relação às visitas domiciliares, porque minha UBS trabalhar das 7: 00 às 13: 00horas.

Tudo isto e as chuvas atrapalharam um pouco a rotina da intervenção no primeiro mês. Apesar disso, o impacto de nossa intervenção, já no primeiro mês, foi muito bom, com grande aceitação pela população idosa do município. Isto refletiu em uma cobertura maior do que inicialmente havíamos pactuado. De mais a mais os ACS fizeram uma busca ativa os faltosos e agendaram uma nova consulta médica para avaliação.

Às quintas-feiras, durante a tarde fazemos as reuniões de equipe, nas quais são feitas capacitações e atividades de atualização, segundo o planejado no cronograma, além de orientar as atividades a desenvolver por cada membro da equipe, assim como avaliar o trabalho da semana e organizar as ações da próxima.



Figura 6: Reunião de equipe.

No segundo mês da intervenção continuamos com os atendimentos clínicos na sexta-feira de manhã e a realização de atividades físicas na Academia de Saúde do Município. Mantivemos os horários para fazer visitas domiciliares pela equipe de ESF em conjunto com ACS, as quais seguem cronograma. Durante este mês foi realizada a campanha do Novembro Azul (figura 4), a qual o atingiu os idosos na prevenção contra o câncer de próstata. Foi combinada a realização do exame de PAS a todos os idosos com prioridade.



Figura 7: Palestra Novembro Azul

No terceiro mês da intervenção, continuamos com os atendimentos nas sextas feira de manhã, além disso, com a realização de atividades físicas. Durante este mês tivemos muitas afetações por feriados nas sextas-feiras, na semana dez e na semana onze do mês, o que impediu muitos idosos de comparecerem ao atendimento, além disso, a partir na semana doze fui de férias para meu país por trintas dias e não tivemos continuidade na intervenção. A maioria da equipe esteve de férias no mês de Janeiro, tudo isto influenciou negativamente na intervenção atingindo a meta na cobertura.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar das dificuldades encontradas e do mal tempo, muita chuva em algumas ocasiões, todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção. Os instrumentos usados foram disponibilizados pelo curso (ficha-espelho e PCD). Antes de começo da intervenção foi feita uma reunião de equipe para garantir todo material adequado para na intervenção. Os dados estão processados no computador do consultório médico e são feitos pelo médico e enfermeira da equipe. Não tivemos dificuldades com o cálculo dos indicadores já que a planilha do curso é elaborada de forma a facilitar este cálculo.

Devemos ressaltar que na ficha-espelho, fornecida pela universidade, não consta lugar para as informações que medem os indicadores de odontologia (necessidade de atendimentos, primeira consulta odontológica programada, alterações de mucosa oral e necessidade de prótese dentária). Portanto, a ficha espelho utilizado hoje por mim foi adaptada para que constem estas informações, as quais são imprescindíveis para a avaliação integral do idoso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O trabalho desenvolvido em doze semanas ajudou a melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosas da nossa área de abrangência e vamos continuar ampliando as ações até alcançarmos 100% da população idosa no Município. Também melhorou o sistema de coletas de dados com a nova planilha que incorporamos para pessoas idosas, por ser mais completa.

4 Avaliação da intervenção

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) Sagrada Família, localizada no município de Sagrada Família/RS, existem atualmente 2.595 usuários. Segundo dados coletados do IBGE, 405 têm 60 anos e mais, sendo que é este o total de pessoas idosas correspondentes a nossa área de abrangência.

Deles somente 107 pessoas idosas possuíam um acompanhamento no programa de Saúde da Pessoa Idosa, o que representa um 29%. A intervenção aconteceu num período de 12 semanas, tratou sobre a melhora da atenção à saúde do idoso na UBS do município e participaram um total de 201 pessoas idosas. A gente propôs ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 44.4% (180 pessoas idosas), embora conseguimos acrescenta-la até 49,6% com um total de 201 pessoas idosas atendidas durante a intervenção toda. O objetivo é continuar com nosso trabalho de forma que em um ano sejam atendidos todos os usuários maiores de 60 anos de nossa área adstrita. Todos os profissionais estão dando continuidade às ações da intervenção.

4.1 Resultados

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 44.4%.

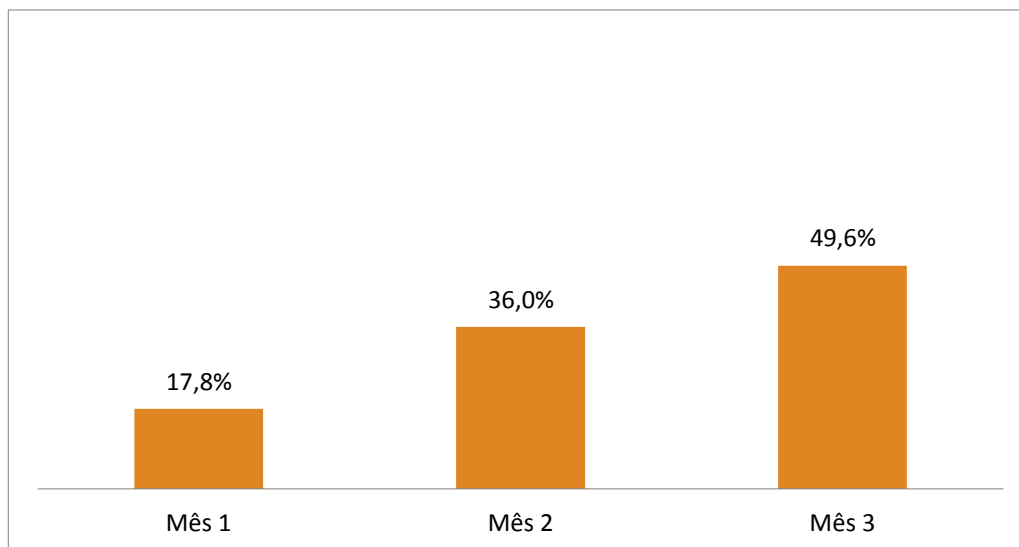


Figura 8: Gráfico da cobertura do programa de atenção do idoso na UBS/ESF.

Da população alvo do município, foram avaliados ao longo da intervenção 201 usuários idosos para uma cobertura de 49,6 %, no primeiro mês avaliamos e cadastramos 72 usuários idosos correspondendo a 17,8% de cobertura. No segundo mês avaliamos e cadastramos 146 usuários idosos correspondendo a 36,0%. No terceiro mês foram 201, o que corresponde a 49,6% dos usuários avaliados e cadastrados. Tudo isto foi possível porque conseguimos fazer um trabalho em equipe. O Município onde trabalho possui 405 idosos, conforme dados coletados do IBGE. Realmente é um número bem acima da expectativa, no entanto é uma população real, pois também temos esta população no mapeamento da ESF. O município é pequeno e predominantemente rural, muitos jovens saem de suas famílias para trabalharem nas cidades maiores, ficando na cidade uma maioria envelhecida. Após anos trabalhando fora, retorna ao se aposentar.

Objetivo 2. Ampliar a qualidade do Programa de Saúde do Idoso

Meta: 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100% das pessoas idosas da área da UBS, utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Não houve dificuldades para cumprir este indicador em 100%. No primeiro mês avaliamos 72 usuários, chegamos ao segundo mês com 146 e finalizar a intervenção com a avaliação multidimensional rápida para 201 idosos da área de abrangência.

Esta avaliação permitiu detectar os seguintes problemas:

Problema de visão em 133 (66,1%); Indicação de depressão em 43 (21,3%). Alteração de memória em 27 (13,4%) pessoas idosas. Em cada um destes casos foram garantidos os agendamentos para consulta com Especialistas. Todo isto foi possível pelo trabalho em equipe, as também pelos recursos necessários que dispomos para fazer as avaliações.

Antigamente os atendimentos aos idosos eram realizados pela demanda espontânea e a maioria não tinha uma avaliação integral e de qualidade, só 107 pessoas idosas tinham acompanhamento na UBS que representava a 29%. Com nossa intervenção lográmos atingir uma grande porcentagem de atendimentos da população idosa do município, 201 pessoas idosas foram atendidas durante a intervenção para um 49,6%.

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100 % das pessoas idosas.

Ao longo da intervenção conseguimos fazer o exame clínico apropriado para 100% das pessoas avaliadas, se mostrando. Todo isto foi possível porque a UBS tem os recursos necessários para garantir um exame clínico adequado, além disso, foram garantidas todas as consultas agendadas pela equipe de ESF e os ACS.

Meta: 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas no projeto para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Durante a intervenção foram rastreados 100% dos idosos para HAS, trabalhamos pelos protocolos do Ministério da Saúde para estas doenças. Das 201 pessoas rastreadas, fizemos seis nos casos de hipertensão, que passaram a ser acompanhados.

Meta: 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas no projeto para Diabetes Mellitus (DM).

Nos três meses da intervenção foram rastreados para Diabetes Mellitus 100% dos idosos que participaram da intervenção (201). Entre os idosos já haviam 42 com diagnóstico de Diabetes Mellitus, nos quais também fizemos o exame. No rastreamento, com exame de Hemoglicoteste a todos os usuários

idosos, detectamos mais duas novas pessoas com glicemia alterada, foi solicitado glicemia em jejum para confirmar o diagnóstico, eles foram agendados para acompanhamento na UBS.

Meta: 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

A realização do exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade aos idosos com Diabetes mellitus foi cumprido para 100%. Dos 201 usuários idosos que participaram da intervenção, 42 já eram portadores de Diabetes Mellitus que corresponde a 20,8%.

Meta: 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas

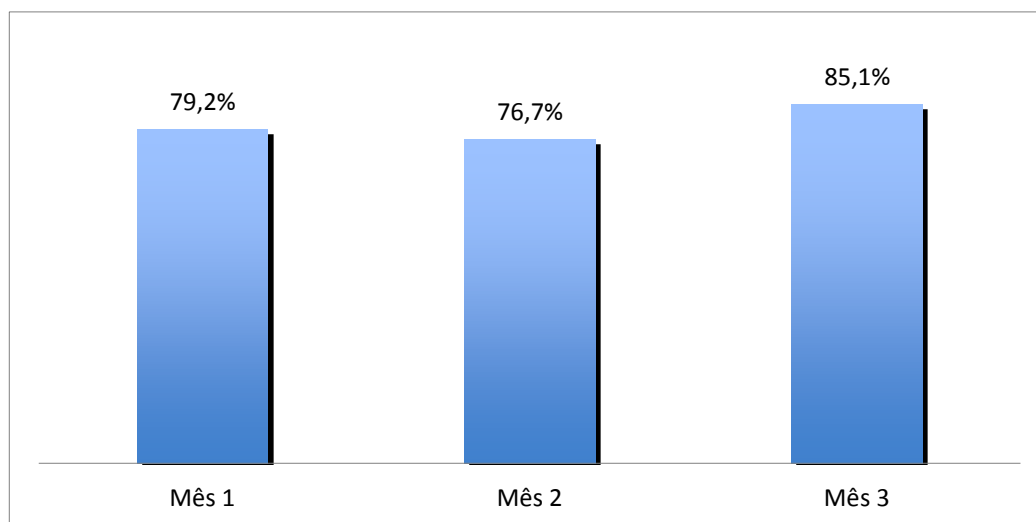


Figura 9: Gráfico com a proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares

Os exames complementares periódicos foram solicitados para 100% das pessoas idosas que participaram da nossa intervenção, mas nem todas as pessoas o fizeram. No primeiro mês 79,2% tinham os exames complementares em dia, no segundo mês 76,7% e no terceiro mês um 85,1% das pessoas idosas estavam com exames complementares periódicos em dia.

Todos os exames foram solicitados, conforme protocolo, para todas as pessoas idosas atendidas, no entanto, o município não conseguiu garantir pelo

SUS os exames de TSH, ECG, Microalbuminúria, Proteinúria 24 horas, LDL e HDL. Por conseguinte estes exames não foram realizados em dia. Esta situação foi debatida com o gestor, chegando a acordo com o Laboratório e deste jeito foram garantidos estes exames para os usuários que estavam precisando deles, resultando que alterações no Colesterol, triglicerídeos foram as mais predominantes. Nosso município não dispõe de Laboratório, apenas é realizada a coleta do material e os exames são feitos em outro município (Sarandi) .

Meta: 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular em 100% das pessoas idosas.

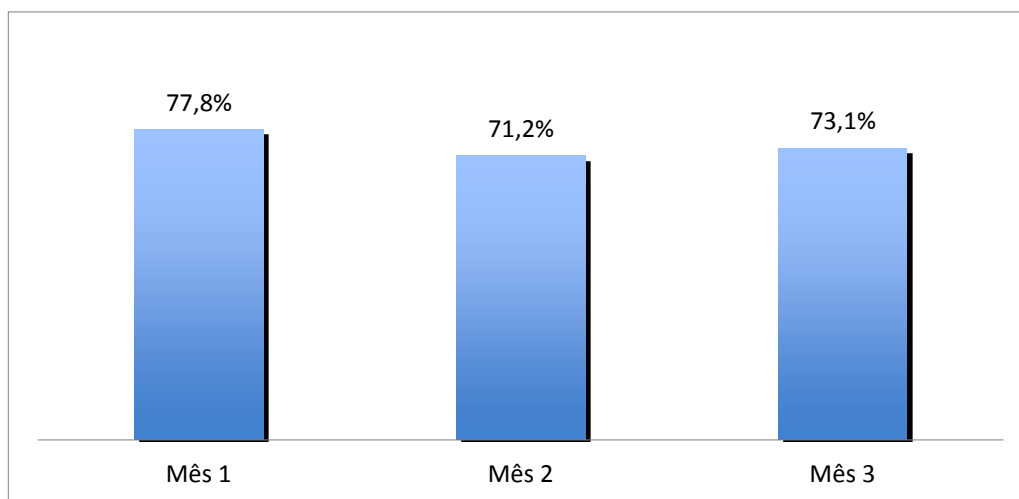


Figura 10: Gráfico com a proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

O indicador não foi cumprido em 100%. No primeiro mês 77,8 % usaram medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês só um 71,2 % e ao finalizar a intervenção foi um 73,1 % para um total de 147 usuários idosos que estão com prescrição de medicamentos pela Farmácia Popular.

Mesmo não chegando a prescrever as medicações da farmácia popular para 100% das pessoas, temos reduzido o número de usuários que são atendidos por outros especialistas em Clínicas privadas, o que certamente vai aumentar o número de prescrições de medicações da farmácia popular.

Na UBS tem uma Farmácia e o município possui duas Farmácias Populares que oferecem os medicamentos aos usuários pelo SUS. Durante as consultas, incentivamos o uso dos medicamentos preconizados pelo SUS, lhes

explicando que estes medicamentos tem a mesma eficácia do que aqueles que não estão disponibilizados na rede da Farmácia Popular.

Meta: 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Meta: 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Durante as 12 semanas da intervenção, todas as pessoas idosas acamadas ou com transtorno de locomoção foram cadastradas e visitadas pela equipe de ESF, junto com os ACS. No primeiro mês avaliamos um total de 24, 41 no segundo mês e no final da intervenção um total de 53 pessoas idosas acamadas ou com transtorno de locomoção.



Figura 11. Fotos de visitas domiciliares para pessoas com problema de locomoção.

Das pessoas acamadas a maioria dos problemas era: Acidente Vascular Cerebral, Mal de Parkinson e Alzheimer.

Os problemas de locomoção devidos a: Fratura do quadril, sequela de Acidente Vascular Cerebral (hemiplegia parcial), Reumatismo e Osteoartrose generalizado.

As pessoas acamadas e/ou com problema de locomoção estavam com as pessoas da família e só uma tinham cuidador, a partir de agora receberá acompanhamento periódico conforme cada situação. Os ACS foram e continuaram sendo fundamental para esse bom resultado alcançado.

Meta: 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % das pessoas idosas.

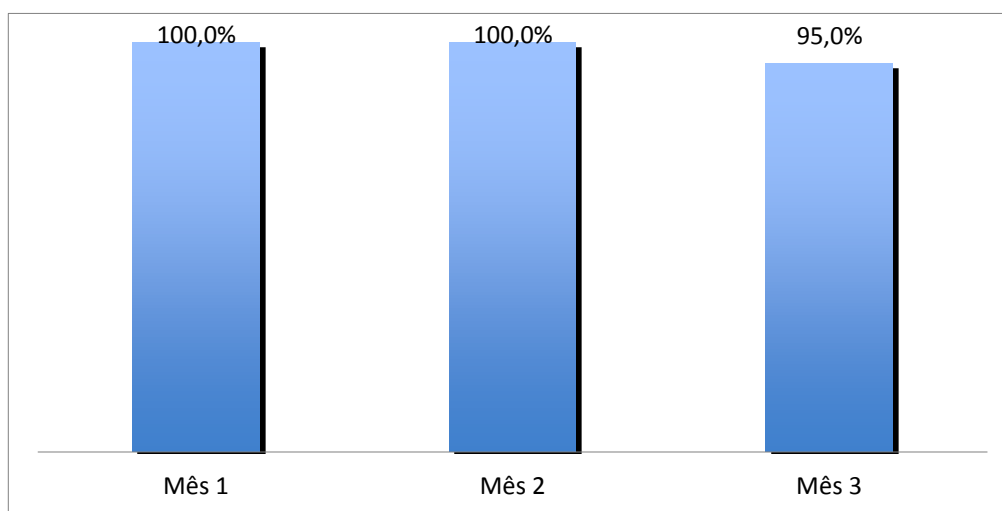


Figura 12: Gráfico da proporção de pessoas idosas com a necessidade de atendimento odontológico na ESF

Metas: 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % das pessoas idosas.

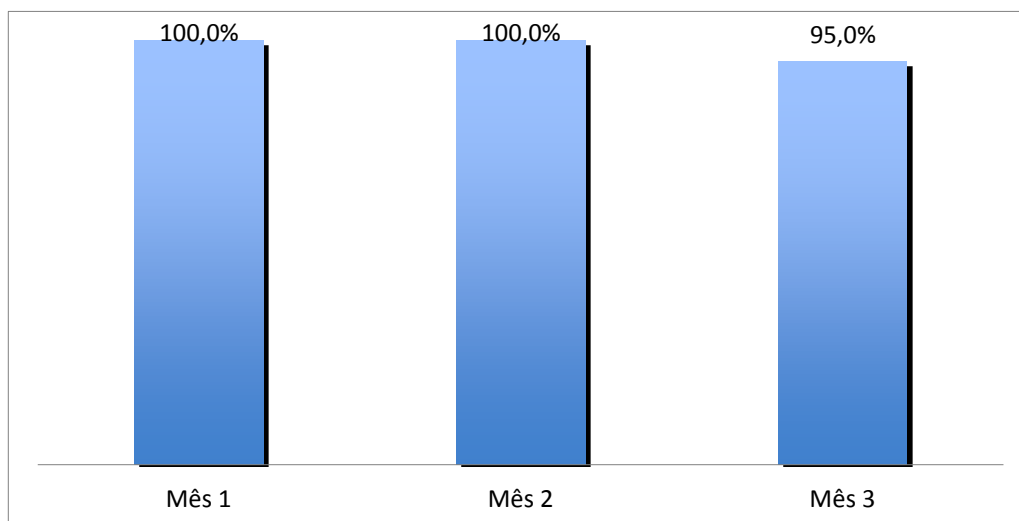


Figura 13: Gráfico da proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na ESF

Estou apresentando as metas 2.10 e 2.11 juntas, por que ambas foram realizadas juntas pela odontóloga. Todas as pessoas idosas atendidas, nos dois primeiros meses tiveram a cavidade bucal avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico. No terceiro mês só conseguimos atender 95% das pessoas, fechando em 191 avaliações. Isso aconteceu porque a odontóloga se

encontrava de férias. As 10 pessoas que não foram avaliadas de imediato, tiveram garantido o agendamento para se consultar ao retorno das férias. Como a parceira com a odontóloga foi efetiva, optei por não fazer essa avaliação pessoalmente, mas esperar o retorno da colega.

Temos que dizer que houve boa participação nas consultas odontológicas. Ante de iniciar a intervenção, apenas 52 pessoas idosas tinham feita avaliação de saúde bucal, que representava um 14%, pois não havia esse planejamento preventivo, mas apenas consultas pela demanda espontânea.

Metas: 2.12. Avaliar alterações da mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

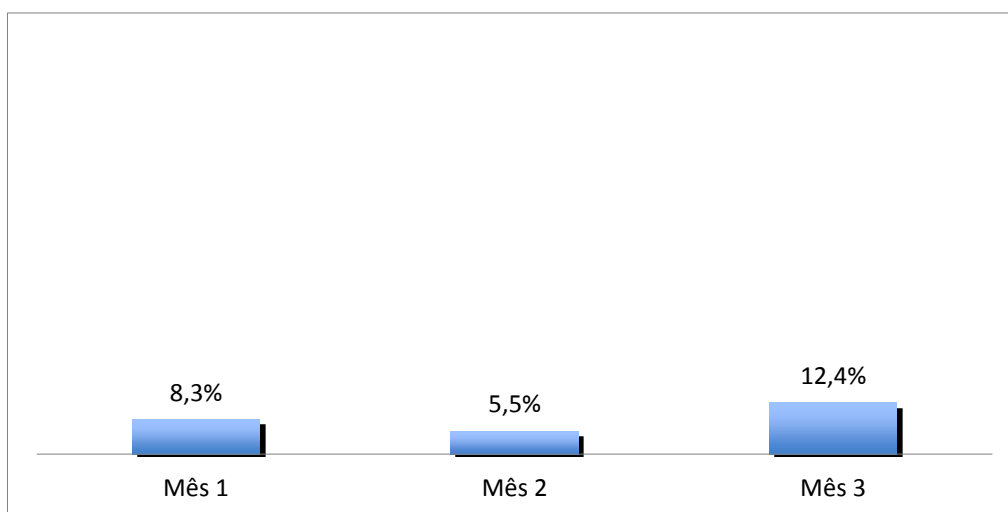


Figura 14: Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações da mucosa oral na ESF

Durante a intervenção foi realizada a avaliação da mucosa oral nas consultas odontológicas a 100 % dos idosos. Durante a mesma foram detectadas 39 idosos com alterações da mucosa bucal.

O gráfico representa as alterações da mucosa oral encontradas durante a intervenção, no mês 1, 6 usuários tinham alterações da mucosa oral que representa um 8,3 %, no mês 2, 8 usuários tinham alterações da mucosa oral para um 5,5% e 12,4 % de 25 usuários tiveram alterações da mucosa oral no terceiro mês da intervenção. Todos eles foram encaminhados para outros especialistas em Odontologia nos municípios Palmeira das Missões e Tenente Portela. O grande número de lesões, talvez se explique pelo fato de, antes do

início da intervenção, não haver atendimento odontológico planejado, mas apenas por demanda espontânea.

Também chama atenção à correlação das doenças bucais com a Diabetes Mellitus, 8 pessoas com alterações da mucosa oral (problemas gengivais e periodontais) são portadores de Diabetes Mellitus e durante a avaliação estavam com a glicemia alterada.

Metas: 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100 % das pessoas idosas cadastradas.

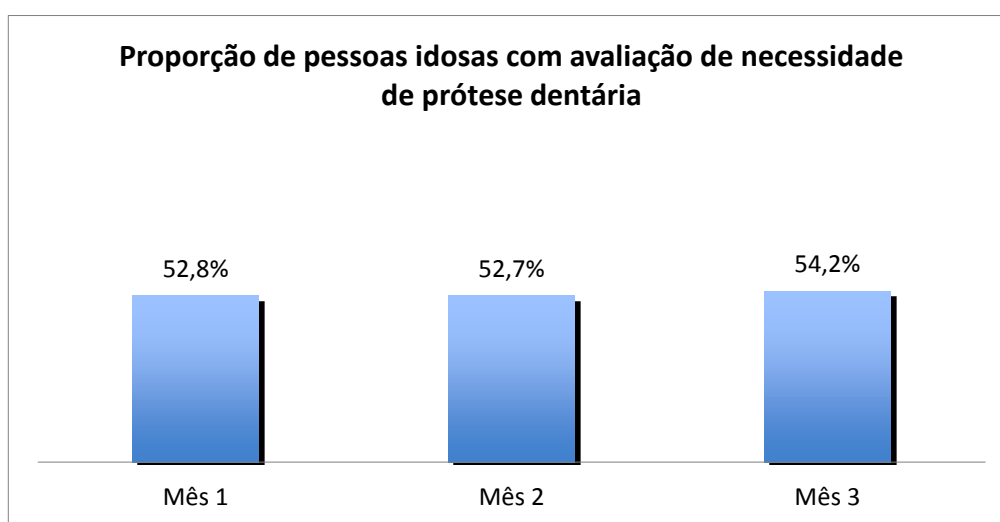


Figura 15: Gráfico de proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária na ESF

A figura 8 mostra a proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária durante da intervenção. No mês 1, 52,8 % tinham necessidade de prótese, 52,7% pertenceram no mês 2 e 54,2% foi ao termino da intervenção.

Durante a avaliação bucal pode-se perceber que algumas pessoas já foram reabilitadas com próteses novas devido ao programa de prótese dentária implementado no município através do ministério da saúde. Também se podem constatar pessoas que já estavam em atendimento devido à busca ativa realizada no maio vermelho, em que a dentista avaliou pessoas nas comunidades.

Objetivo 3. Ampliar a adesão do Programa de Saúde do Idoso.

Metas: 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Ao longo da intervenção só tivemos 12 usuários faltosos, 9 no primeiro mês e 3 no segundo mês, 100% receberam busca ativa pelo ACS . O indicador foi analisado nas reuniões da equipe em cada semana sendo possível a recuperação dos usuários.

Objetivo 4. Ampliar o registro do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 4.1. Manter registro específico dos 100 % das pessoas idosas.

O indicador foi cumprido ao longo da intervenção, no primeiro mês 72 idosos tiveram registro na ficha espelho em dia, no segundo 146 e ao finalizar a intervenção 201 foram avaliados estavam com registro na ficha-espelho em dia.

Metas: 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Neste indicador atingimos 100% porque a totalidade das pessoas idosas que participaram da intervenção já tenha a Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Somente fizemos uma atualização desta caderneta no decorrer das consultas o médico, a dentista, a enfermeira e a técnica de enfermagem da equipe.

Objetivo 5. Ampliar a avaliação de risco no Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 5.1. Rastrear 100 % das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

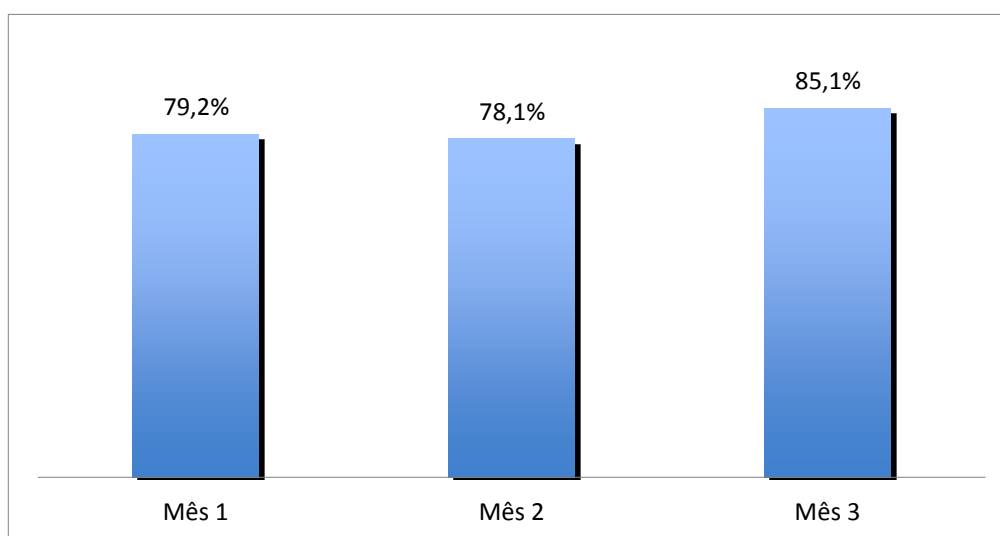


Figura 16: Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na ESF

No primeiro mês, do total de 72 pessoas idosas avaliadas, o 79,2 % receberam rastreamento para morbimortalidade. No segundo mês, dum total de 146 usuários idosos, 114 foram avaliados para morbimortalidade que representa um 78.1%. No terceiro mês, de 201 usuários avaliados, 171 receberam rastreamento de morbimortalidade para um 85,1 %.

Para fazer o rastreamento de morbimortalidade, além de realizar o exame clínico, preciso fazer avaliação de exames complementares, tais como LDL colesterol e HDL, mas não foi possível a realização destes durante a avaliação. Porém, as pessoas foram agendadas para dar continuidade a esta avaliação.

Meta: 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

A fragilização na velhice foi avaliada nas 201 pessoas que passaram pelo atendimento, totalizando 100%.

As fragilidades encontradas ao longo da intervenção foram: Fraqueza, lentificação da marcha, redução da força muscular e diminuição do nível de atividade física.

Metas: 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Durante os três meses da intervenção, a rede social foi avaliada para 100% das pessoas, totalizando os 201 usuários. Este resultado foi possível pelo bom trabalho desenvolvido pela equipe de ESF em união com os ACS, que realizaram a classificação dos idosos segundo o risco. A análise das pessoas idosas foi perpetrada nas reuniões da equipe, priorizando-se visitas domiciliares com equipe do NASF e do CRAS para os usuários com rede social deficiente.

Objetivo 6. Ampliar a Promoção de Saúde do Programa de Saúde do Idoso.

Metas: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100 % das pessoas idosas.

Metas: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100 % das pessoas idosas.

Metas: 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100 % das pessoas idosas cadastradas.

Todas as ações de orientação foram realizadas para 100% das pessoas cadastrada durante o atendimento, em ações individuais e coletivas. Foi realizada orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis e impressos e distribuídos os dez passos da alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos.

100% das pessoas receberam orientações sobre prática regular de atividades físicas em cada consulta, além de palestras e incorporamos a realização de exercício física para todos os idosos na academia municipal, que inclusive passou a contar com uma profissional educadora física.

As pessoas que se encontravam sem limitações no momento da avaliação e mostravam interesse em usar a academia da saúde, foram incorporadas e passaram a fazer exercícios físicos. A aceitação das pessoas idosas ficou acima do esperado. As pessoas acamadas ou com problemas de locomoção, não ficaram alheios a estas orientações porque foram orientadas durante as visitas domiciliares, lhes explicando como realizar exercícios físicos segundo suas possibilidades com assessoramento da educadora física e a técnica de reabilitação da unidade, que também participava nestas visitas domiciliares.

Também foi realizado orientação sobre higiene bucal para 100% dos idosos. O município tem dois odontólogos que antigamente só cumpriam horário de trabalho e atendimento a livre demanda segundo as necessidades, com 20 horas de trabalho cada um, depois que iniciei meu trabalho incorporou-se um deles á equipe de ESF, isto permitiu uma melhora significativa na atenção odontológica as pessoas idosas.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS/ ESF Sagrada Família, no município de Sagrada Família, Rio Grande do Sul, proporcionou melhoria na atenção às pessoas idosas com a ampliação da cobertura de atenção aos usuários idosos para 49,6%. Qualificamos a equipe de saúde sobre os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde para as pessoas idosas, melhoramos a qualidade dos registros e

qualificação da atenção, tivemos um acréscimo da avaliação multidimensional e avaliação de risco para morbimortalidade, fragilização na velhice, indicadores que estavam muito baixo até o início da intervenção. Também contribuiu a ampliação da atenção odontológica, assim como esclareceu a importância deste atendimento para a prevenção do câncer bucal, além disso, logramos orientar 100%, dos usuários sobre hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e higiene bucal incluindo próteses dentárias através de palestras individuais e grupais.

Houve melhora do trabalho em equipe, logramos que a equipe se capacitasse quanto ao atendimento a pessoa idosa. Quando se trabalha em equipe é possível alcançar os resultados esperados, além disso, a intervenção permitiu que cada membro da equipe trabalhasse em suas tarefas específicas, sem deixar de estarmos juntos, fortalecendo o trabalho de cada um destes integrantes.

O serviço ficou organizado em relação aos agendamentos. Antes as pessoas só eram atendidas em demanda espontânea, não se trabalhava com enfoque de risco nem com agendamentos, após a intervenção ficou organizado o dia de atendimento aos usuários idosos (sexta feira de manhã). Houve melhoria nos registros das informações após a implantação da intervenção. Com a ficha-espelho pudemos coletar maior número de indicadores das pessoas idosas que antigamente não eram realizados, por exemplo, a escala de estratificação de risco cardiovascular que permite a priorização do atendimento segundo o grau de risco que ele apresente. As ações desenvolvidas durante o trabalho permitiram melhorar as relações entre os profissionais da UBS e a comunidade.

Esta intervenção causou um impacto positivo nas comunidades, com boa aceitação pela população idosa, inclusive aquela que não chegou a participar, mas souberam do programa, incorporou-se atividades físicas para os idosos, os quais tinham um conceito errado sobre o uso de academia. Este projeto incentivou a prática de atividades físicas.

A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho mesmo antes de finalizar as 12 semanas. Depois de uma análise dos resultados da intervenção, decidiu-se manter as atividades com as pessoas idosas todas as sextas-feiras de manhã.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores da secretaria de saúde de Sagrada Família /RS.

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de saúde do idoso, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

O curso ajudou-me a entender muita coisa do sistema de saúde, a conhece a equipe e o território, a realizar uma análise situacional. Por conta disso, pude observar algumas deficiências nos serviços ofertados à população, sendo que o programa de saúde do idoso foi escolhido para passar por uma reorganização. Foi desenvolvido um projeto minucioso de intervenção, levando em conta os quatro eixos organizativos propostos pelo curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e melhoria da prática clínica.

Com a análise situacional descobrimos que, levando em conta a população da área adstrita, estão previstas 405 pessoas com 60 anos e mais. Antes da intervenção, a taxa de cobertura de atenção aos idosos na ESF do município de Sagrada Família, era de 29%, mas é preciso levar em conta que mesmo assim, não eram ofertadas todas as avaliações previstas pelo protocolo do Ministério da Saúde (MS). Hoje conseguimos atender e cadastrar 201 pessoas, chegando em uma cobertura de 49,6%.

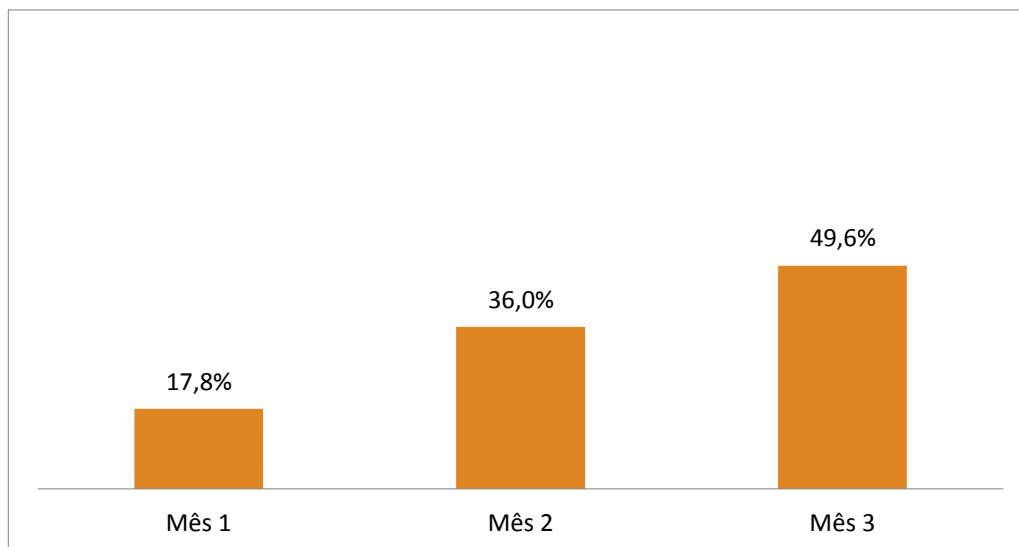


Figura 17: Gráfico da cobertura do programa de atenção do idoso na UBS/ESF

Nosso objetivo, durante as 12 semanas não era atender 100% do público alvo, nem daria tempo, mas principalmente atender com qualidade e isso conseguimos fazer. Para tanto, toda a equipe participou das ações desenvolvidas, inclusive recebendo as capacitações necessárias para compreender e usar o protocolo de saúde do idoso oferecido pelo MS.

Hoje podemos afirmar que estamos fazendo todas as avaliações clínicas necessárias, todas as ações de educação em saúde, todas as anotações nos portuários, fichas-espelho e Caderneta de Idosos, o que possibilita a continuidade dos tratamentos sem repetições desnecessários de solicitações de exames e prescrições medicamentosas sem necessidade.

Todos os parâmetros avaliativos melhoraram, inclusive a satisfação dos idosos quanto ao atendimento, porém é importante destacar o trabalho que foi feito com as pessoas acamada e/ou com dificuldade de locomoção. Ao todo são 53 pessoas acamadas, alguns casos muito sérios. Todos foram visitados, cadastrados e estão sendo acompanhados em nossa área.

Agradecemos aos senhores gestores a viabilização dos recursos necessários a realização da intervenção: recursos materiais, apoio logístico. A intervenção nunca ficou paralisada pela ausência de material.

Apesar de todos os parâmetros estarem melhor, nem tudo ainda está satisfatório, e pedimos a atenção dos senhores gestores para nos ajudar a resolver:

Solicitamos exames complementares para 100% dos idosos, conforme previsto pelo protocolo, mas apenas 85,1% conseguiram realizar todos. O município ainda não conseguiu garantir os exames de TSH, ECG, Microalbuminúria, Proteinúria 24 horas, LDL e HDL, o que dificulta fechar a avaliação de riscos importantes para saúde do idoso.

Conseguimos avaliar quase 100% dos idosos quanto a saúde bucal, mas temos números muito ruins sobre avaliação de mucosa oral e sobre necessidade de uso de prótese.

Entendemos que esses pequenos problemas são passageiros e que ainda conseguiremos atingir a meta de atender 100% da população idosa com 100% das ações previstas pelo MS realizadas e contamos com a ajuda dos senhores gestores.

Depois de três meses de intervenção é possível perceber que a equipe encontra-se mais unida, trabalhando de forma multiprofissional, o que tornou possível incorporar a intervenção como rotina do serviço. Agora nosso objetivo é ajudar a implantar em outras equipes o programa de saúde do idoso e iniciar outras ações em nossa UBS, como o programa de atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, entre outros.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade do Município de Sagrada Família /RS:

Desde que chegamos na cidade, através do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), iniciamos um curso de especialização em saúde da família, coordenado pela Universidade Federal de Pelota através da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPeI/UNA-SUS). Talvez tenha percebido que trabalhava quatro dias na semana e imaginado que o quinto dia era folga, mas não era, é o dia de dedicação ao curso.

O curso foi bastante prática e ajudou-me a entender muita coisa do sistema de saúde, a conhece a equipe e nosso território. Através dele pude fazer um projeto de intervenção no programa de saúde do idoso, que durou 12 semanas. Muitos de vocês devem ter percebido, outros talvez só estejam percebendo agora, com esse relatório.

Nosso objetivo era atender pessoas com 60 anos ou mais e, principalmente, melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos pela equipe. Escolhemos este programa por acreditar que os idosos da comunidade não estavam recebendo os cuidados que mereciam e precisam. Toda a equipe participou das ações desenvolvidas, mas antes foi necessário fazer algumas capacitações, ensinar e aprender novas técnicas, novas formas de atender as pessoas, de fazer novos exames.

Acreditamos ter conseguido melhoras no serviço, que foram percebidas por muita gente, principalmente quem foi atendido neste tempo. Além disso, que ainda não foi atendido, neste programa, pode esperar que ainda será e novos programas serão desenvolvido ainda esse ano.

Em 12 semanas foram atendidos 201 pessoas com 60 anos e mais. Todos receberam consultas completas: avaliação das capacidades, físicas e emocionais, exame físico apropriado, pesquisamos cada uma das pessoas para saber se tinham pressão alta e diabetes, pedimos os exames de laboratório, visitamos e cadastramos as pessoas acamadas e/ou com problemas para andar, prescrevemos principalmente medicamentos da farmácia popular, pois esses têm no município e não precisam ser comprados. Além disso, melhoramos nossas anotações no prontuário, nas fichas, para que os profissionais sempre saibam o que já foi feito no atendimento anterior.

Pode parecer que foi pouca coisa, mas não foi, fizemos tudo isso em apenas três meses. Antes dessa intervenção, somente 107 pessoas idosas tinham acompanhamento no programa de Saúde da Pessoa Idosa, e mesmo assim não se faziam todas as coisas que deveriam. Como disse antes, hoje já atendemos 201 pessoas, mas vamos atender mais, o curso acabou, mas vamos continuar fazendo tudo como aprendemos no curso.

A cada dia trabalhamos para ampliar a cobertura e melhorar os serviços para comunidade, mas precisamos do apoio de todos, reconhecendo o que está sendo feito, cobrando que melhore ainda mais e sobretudo ajudando para que melhore, porque nem todo a gente consegue resolver sozinho, precisa da força da comunidade.

Espalhe essas informações e continuem frequentando a nossa UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o curso, fiquei com dúvidas se seria capaz de fazer esse projeto, é a primeira vez que realizo um curso virtual durante toda minha vida profissional, além disso, no início tinha muitas dificuldades com a língua portuguesa, não entendia as orientações do curso, isso dificultava fazer as tarefas nas semanas, também morava no hotel da cidade, no qual tinha muitas dificuldades com internet, porém ficava na unidade todo o dia até horas da noite, além disso, consegui atingir ao final todas as tarefas, incrementei meus conhecimentos. Tenho que agradecer a meus colegas de trabalho que sempre me ajudavam em a correção e explicavam certo como tinha que fazer as tarefas, tudo isso ajudou que a intervenção fosse desenvolvida.

Este curso teve bom significado para mim, já que conheci no programa de Estratégia de Saúde da Família do Brasil, permitiu conhecer as características sociais, demográficas e epidemiológicas do município, os problemas de saúde prevalente e situações de risco aos quais a população está exposta, também permitiu desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, permitiu o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado com todos os profissionais, realizar o acolhimento com escuta qualificada e realizar uma atenção domiciliar a usuários idosos que possuam problemas de saúde e com dificuldade física de locomoção, que necessitam de cuidados compartilhados com a equipe. Outro aspecto importante e relevante foi desenvolver o projeto com usuários idosos, o que permitiu conhecer seus costumes, culturas, doenças, além de melhorar estado de saúde deles.

Eu considero que seria importante o curso de especialização organizar uma unidade que se contemplasse as normas metodológicas desta instituição.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Caderno de atenção básica No. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GORDILHO, A; Sérgio,J ; Paes Alves Frieire, M; Espindola, N; Mala, R; Vera, R; Karsch, U . **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso.** Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

World Health Organization (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OPAS; 2005.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Polotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1						
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso foi rastreado para hipertensão arterial sistêmica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					

[illegible]

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M385m Martinez, Jose Antônio Jui

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS-ESF
Sagrada Família, Município Sagrada Família, RS / Jose
Antônio Jui Martinez ; Ernande Valentin do Prado,
orientador. — Pelotas, 2016.

101 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Saúde do idoso. 4. Assistência domiciliar. 5. Saúde bucal.
I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título.

CDD : 362.14